

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Mme Audrey HENRION

Le 24 septembre 2018

**Evaluation qualitative du premier programme français de
psychoéducation sur les conduites suicidaires : PEPSUI.**

Directrice de Thèse : Mme le Docteur Emilie OLIE

Co-Directrice de Thèse : Mme le Docteur Déborah DUCASSE

JURY

Président : M. le Professeur Philippe COURTET
Assesseurs : M. le Professeur Sébastien GUILLAUME
Mme le Docteur Emilie OLIE
Mme le Docteur Déborah DUCASSE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Mme Audrey HENRION

Le 24 septembre 2018

**Evaluation qualitative du premier programme français de
psychoéducation sur les conduites suicidaires : PEPSUI.**

Directrice de Thèse : Mme le Docteur Emilie OLIE

Co-Directrice de Thèse : Mme le Docteur Déborah DUCASSE

JURY

Président : M. le Professeur Philippe COURTET

Assesseurs : M. le Professeur Sébastien GUILLAUME

Mme le Docteur Emilie OLIE

Mme le Docteur Déborah DUCASSE

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHFORD Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie Madeleine	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CLOT Jacques	MARY Henri	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIÈRE Jean Pierre
DEMAILLE Jacques		
DESCOMPS Bernard		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	TOUCHON Jacques
BLANC François	VOISIN Michel
BOULENGER Jean-Philippe	ZANCA Michel
BOURREL Gérard	
BRINGER Jacques	
CLAUSTRES Mireille	
DAURES Jean-Pierre	
DAUZAT Michel	
DEDET Jean-Pierre	
ELEDJAM Jean-Jacques	
GUERRIER Bernard	
JOURDAN Jacques	
MAURY Michèle	
MILLAT Bertrand	
MARES Pierre	
MONNIER Louis	
PRAT Dominique	
PRATLONG Francine	
PREFAUT Christian	
PUJOL Rémy	
ROSSI Michel	
SULTAN Charles	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophthalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

Professeurs des Universités

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

Professeurs des Universités - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

Professeurs Associés - Médecine générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

Professeurs Associés - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury,

Au président de mon jury, responsable du DES de psychiatrie et chef de service, le Pr Philippe COURTET. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse, de m'avoir accompagnée durant tout mon internat et fait une place au sein de votre équipe prestigieuse. On ne peut qu'admirer ce que vous avez contruit. Je vous remercie également de me permettre d'exercer ma profession au travers d'un profil de poste qui me ressemble. Je suis fière de pouvoir travailler avec vous.

A ma directrice de thèse, le Dr Emilie OLIE. Je te remercie infiniment pour ta bienveillance, tes attentions, ta réassurance, et ton partage d'expérience. Je te remercie d'avoir toujours eu cette oreille attentive afin de me guider au mieux, dans l'amélioration de soi, mais aussi dans le lâcher prise. Je te remercie également pour ton implication dans la mise en place du profil d'activité professionnelle qui me correspond le mieux et qui m'épanouit tellement. Je suis heureuse de pouvoir continuer à travailler à tes côtés.

A ma co-directrice de thèse, le Dr Déborah DUCASSE. Je te remercie infiniment pour ta bienveillance, ton soutien, ton écoute, et ta valorisation continue de mon travail, que ce soit durant la supervision de la thèse ou en stage. Tu es dotée de très grandes qualités humaines, qui m'ont guidée, soutenue et étayée, et d'une pertinence et d'une capacité de travail qui me rendent admirative de la personne que tu es (je le suis également de ton esprit de synthèse^^). Je suis heureuse que nous continuions à travailler ensemble.

A mon tuteur, le Pr Sébatien GUILLAUME. Je te remercie d'avoir pris le temps, dès le début de mon internat, de me guider et de comprendre mon attrait pour les thérapies cognitives et comportementales et plus particulièrement leur abord émotionnel. Merci de m'avoir guidée vers Deborah et ce sujet de thèse qui m'a passionné.

A ma famille,

A mes parents, les deux êtres les plus chers au monde, sans qui rien n'aurait été possible. Je vous remercie pour votre présence et votre soutien inconditionnel. Je suis tellement fière et admirative de votre grandeur d'âme, votre intelligence de vie, votre altruisme, votre amour qui m'ont fait grandir et m'épanouir, avec l'émotion au creux du cœur, et la pensée aux frontières de l'infini. Qu'il est difficile d'être d'aussi belles personnes que vous. Je mesure la chance d'avoir des êtres comme vous à mes côtés, je vous aime plus qu'il n'est possible d'imaginer.

A mon ange, ma petite sœur, Merci d'avoir toujours été là. Les liens du cœur sont tout aussi forts que ceux du sang. Tu es mon tout, mon inconditionnelle, mon phare dans les tempêtes. Je t'aime plus que tout et ce pour toujours.

A tata Annie, Pour ces discussions enrichissantes à n'en plus finir sur la vie. La grande sociologue que tu es a, sans nul doute, influé sur mon appétence pour la compréhension de l'être humain. A toi qui me conseillais de lire Durkheim au début de mon internat. Merci de m'avoir continuellement valorisée. Ta fierté, ta bienveillance ont plus que contribué à mon épanouissement.

A tonton Ludo, tata Michele, Merci d'avoir toujours cru en moi. Votre fierté et votre bienveillance m'ont permis de m'élever.

A mes grands parents, qui nous regardent de là haut et qui veillent sur nous. Je sais que vous auriez rêvé être ici et auriez été si fiers. Je ressens votre amour depuis là haut. Merci pour tout.

A Christine, Valérie, Vincent, Valentin, Je vous remercie pour votre gentillesse, votre présence et votre soutien. Merci Valérie et Vincent d'avoir fait de moi la marraine de notre merveille, Valentin.

A ceux qui m'ont vu grandir,

A Christiane et René, à Alain et Nadine, je vous remercie de m'avoir toujours accompagnée et valorisée.

A mes amis d'enfance et de Lyon, à mes rencontres lyonnaises,

A Vincent, mon Chouchou. Parce qu'il n'y a personne d'autre avec qui je pourrai partager mon quotidien à 3 dans 38m2^^. Parce que je m'en excuse par avance mais ce travail te montrera que tes appels de « 5 minutes montre en main » pendant plusieurs semaines pour m'apprendre à synthétiser n'auront pas eu l'impact attendu^^. Parce qu'il y a 18 ans on se rencontrait, qu'il y a 10 ans on était comme frère et sœur et qu'aujourd'hui on se retrouve à Montpellier, toujours aussi soudés avec tant de chemin parcouru. Parce qu'on aurait pu s'éteindre sur la route à Bali avec Cochonaï, mais qu'on est ici aujourd'hui pour partager notre amour des voiles 9^^ ! Merci pour tout.

A Fred, mon Loulou. Parce qu'on se dispute toujours comme des papis et mamies, qu'on a su s'appriivoiser, et que tu es et seras toujours là. Merci pour tout.

A Maxime. Parce que depuis l'enfance on en a fait du chemin ; et que nos routes se croisent toujours. Je suis fière et admirative de l'homme que tu es devenu. Merci pour tout.

A Alex, qui a toujours été là, l'incarnation du calme et de la douceur. Merci de me donner à aimer chaque jour un peu plus ces petites merveilles, Sacha et Nina, qui illuminent ma vie d'une joie incommensurable. Merci pour tout.

A Fanny, pour ta douceur, ta présence, ton soutien. Que j'aime te retrouver à Lyon. Merci pour tout.

A Jess, pour ton côté pétillant et rieur. Merci pour tout.

A Clement C., parce que grâce à toi je n'ai plus besoin de trouver d'agence de voyage et surtout parce que ta gentillesse profonde, naïve et entière font de toi un être à part qui me touche profondément. Merci pour tout.

A Philou, SDS, Maeva, Clement M., parce que nos échanges, notre soutien durant l'externat, nos éclats de rire, restent gravés en moi. La distance n'éloigne pas les gens qui s'aiment. Merci pour tout.

A mes copines de DU, Carole, Marine, Chloé, pour nos échanges sur la TCC, et sur la vie ! Merci pour tout.

A Mmes Salomé et Estingoy, parce que vous avez si bien su m'écouter et guider mon chemin. Merci infiniment.

A mes rencontres d'Occitanie,

A Edith, ma belle rencontre. Merci pour ta douceur, ta présence, ta gentillesse, ton soutien indéfectible dans toutes ces étapes. Merci de me permettre de faire partie de « ce qui fait votre monde ». Nos échanges, nos partages, nos rires, valent tout l'or du monde.

A Estelle, (ma Pig Pack^^). Parce qu'il n'y a personne d'autre avec qui j'aurais souhaité qu'on m'enferme à clef dans un appartement^^. Pour cette connivence, et cette compréhension, qu'on a l'une envers l'autre, et ces goûts si particuliers qu'on partage pour les êtres atypiques... Parce que tu es tout simplement une merveilleuse personne. Merci pour tout.

A Ali. Tes bisous, tes câlins, ta réassurance, ton humour corrosif que j'adore... Quelle joie de terminer ce cursus à tes côtés à Montpellier, alors même que nous l'avons commencé en tant qu'FFI ensemble il y a 4 ans et demi déjà au Vinatier. Je ne me laisserai jamais de ces discussions, de ta vision sur la vie. Merci pour tout.

A Brubru. Parce que même si tu ne peux pas t'arrêter pour me faire un bisou quand tu cours, je sais que tu es toujours là, même quand tu dois voir ta meuf ^^ . Merci pour tout.

A Loic. Parce que nos discussions sur le sens de la vie, et les relations humaines me transportent. Parce que tu sais toujours trouver les mots pour apaiser. Parce que je tiens énormément à toi. Merci pour tout.

A Marie. Parce que je suis tellement admirative de la personne que tu es. Tu dégages tant de douceur, de joie de vivre, de sympathie. Je suis si heureuse d'avoir fait la connaissance d'une si belle amie que toi et j'espère pouvoir accompagner ta petite Rose dans toutes les nouvelles étapes de sa vie. Merci pour tout.

A Alix. Parce tu incarnes la douceur et la bienveillance à l'état pur ; que tu es cette magnifique personne à qui l'on a envie de se confier, avec qui l'on a envie de rire, de s'émouvoir et de partager. Je souhaite que notre amitié dépasse les frontières que tu vas encore parcourir. Merci pour tout.

A Carole et Margaux. Mes deux jolis petits bouts de femmes bourrées d'énergie positive. Margaux, pour le partage de tes histoires de cœur romanesques, et nos réflexions sur les relations amoureuses. Carole, pour ton humour et ta gaieté à toute épreuve. Merci pour tout.

A Camille F. Ta douceur, ton écoute, ta présence. Je suis heureuse de pouvoir te compter parmi mes amies. Merci pour tout.

A ma famille du Sud, ma Cha, ma Mireille. Ma Cha, nos fous rires, nos discussions sur l'amour, nos vacances à trois^^, mon empressement de te revoir au Canada... Une bien belle amitié, qui s'est prolongée chez toi, avec la découverte de ta maman, Mireille, d'une douceur extrême... Chez vous on se sent comme dans un cocon, un nid de très belles personnes. Merci pour tout.

A Ju. Pour ton soutien, pour ton acceptation des gens tels qu'ils sont, pour ton ouverture d'esprit, pour ton côté kiteur^^, et surtout parce que tu es une belle personne et que je souhaite que notre amitié grandisse. Merci pour tout.

A Hélène. Parce que je t'interdis d'accoucher dans la salle des actes et de me voler la vedette aujourd'hui. Parce qu'on protège et qu'on est là pour les gens qu'on aime et que tu en fais partie. Parce que nos divergences sur les diagnostics psychiatriques (du fait de ton grand âge ^^), et notre combat pour l'amour d'E.V. (incognito^^, après ces remerciements ce sera : Hélène 0-1 Audrey) nous amènent tant à échanger. Parce que je souhaite pouvoir accompagner Nathan et Bébé n°2 dans toutes leurs découvertes. Merci pour tout.

A Bellemam'. Parce que même si tu m'abandonnes pour aller manger, que j'ai bien compris que tu gardes ton Mathieu pour toi, et que j'ai bien vu que tu étais sensible au charme d'autres internes, tu restes la première Bellemam' de mon cœur. Parce que tu es d'une douceur et d'une gaieté rare et que je tiens très fort à toi. Merci pour tout.

A Camille B. Parce que ta douceur, ton calme, ta bienveillance, ton analyse fine des situations, font de toi une belle personne. Je suis heureuse de pouvoir continuer à tisser ce lien d'amitié à la

campagne puis en Afrique, afin de pouvoir partager tant sur les valeurs et le sens de la vie. Merci pour tout.

A Eric. Pour l'admiration extrême que j'ai pour toi. Parce que tu incarnes à mes yeux l'excellence professionnelle ; que ta bienveillance, ta compréhension, ta contenance, ton soutien, ton empathie à l'égard des patients me subjuguent. En plus d'être pour moi un modèle professionnel, tu es humainement admirable. Toujours à l'écoute, réconfortant, valorisant, calme et apaisant. Une merveilleuse personne. Merci pour tout.

A Radu. Pour ton soutien, ton aide, tes compétences professionnelles. Premier chef qui me soit donné à voir à Montpellier, et quel chef ! Je suis heureuse que nous continuions à travailler ensemble pour faire grandir tout ça ! Merci pour tout.

A Céline F. Pour ce calme et cet apaisement que tu dégages. Pour nos échanges sur nos loisirs, et sur la vie. Merci pour tout.

A Céline B. Parce que tu es de bons conseils en toute situation, qu'il me plaît de parler avec toi de psychiatrie ou autre et de découvrir ton petit monde. Merci pour tout.

A mon Laurent. Parce qu'« *Il n'y pas de hasard, que des rendez-vous.* » P. Eluard. Notre attachement est sans fin. Je suis tellement heureuse que tu fasses partie de ma vie, et d'avoir découvert ton monde, ta Vero, ton Axel, ton Nathan, qu'il me tarde de construire le mien comme tu l'as si bien fait et de te le présenter. Merci pour tout.

A Reda, et à Patricia. Pour notre trio sétois si revigorant. Qu'il me fait plaisir de partager des moments de vie avec mon petit Calimero (et ces multiples chaussures, voitures et accessoires d'Elvis Presley^^) et de faire les boutiques avec toi Patricia et ton petit monde. Merci pour tout.

A mes belles recontres, qui ouvrent le pas sur de nouvelles aventures et des amitiés sincères. A **Olivier**, pour ton humour, ta gentillesse et cette place dans le cœur de Belleman' que tu me voles ; à **Lucile M.**, pour ta douceur, ton calme ; à **Deborah**, pour ta découverte à la semaine d'été ; à **Blandine**, pour ton calme, ton écoute, ta douceur et ta réassurance ; à **Manu L.** , pour ton expérience ; à **Mehdi**, pour ta douceur, ton humour, ton affirmation de toi^^ ; à **Thibault**, pour ta sensibilité, ton combat contre les achats compulsifs^^, et ton humour ; à **Dimitri**, pour nos partages sur les grosses cylindrées, le kite, et parce que tu aimes « kiffer la life » ^^ ; à **Melanie**, pour ta

douceur et ton extrême bienveillance ; à **Justine M.**, pour ton calme ; à **Justine L.**, pour ton amour des voyages et ton implication dans les causes qui te tiennent à cœur ; à **Estelle M.**, pour ta bienveillance et ta réassurance ; à **Fanélie**, pour ta douceur ; à **Lucile V.**, pour ta bienveillance : un petit Tic-Tac inversé, enrobage de fraîcheur, cœur de douceur^^ ; à **Chloé**, pour ton soutien, ton implication dans nos premiers pas à Montpellier ; à **Myrtille** , pour la douceur, la gaieté, la joie de vivre que tu incarnes si bien ; à **Marina**, pour les discussions sur les relations humaines ; à **Mathieu**, pour ta douceur et ta discrétion ; à **Nadia** , pour ton calme, ta douceur, ton humour, et la découverte de Sézane et autres bijoux de mode^^ ; à **Charly**, pour ton humour à couper le souffle^^ ; à **Elsa**, pour ta douceur si profonde, notre attrait commun pour les psychothérapies et nos discussions sur la troisième vague ; à **Nico R.**, pour ton combat pour les patients ; à **Sylvain**, pour les échanges durant les gardes ; à **Fred**, pour cette douceur, cette gentillesse que tu incarnes ; à **Stéphane**, pour ce calme et cette réassurance qui est tienne ; à **Magali**, pour ta fougue . **A tous ceux que je n'ai pas cité** mais avec lesquels j'apprécie d'échanger, notamment à **Jean, Yann, Yoann et Clara**, et puis aussi **aux plus jeunes** qui prennent la relève. Merci pour tout.

A mes chefs, à **Laurent Teuma**, mon premier chef, qui a su me valoriser, me faire prendre confiance, et m'évoquer Montpellier de la façon dont je vois cette ville aujourd'hui ; au **Dr Galan**, aux côtés duquel j'ai eu tant de plaisir à apprendre la pédopsychiatrie et à échanger autour de nos attraits culturels ; à **Yann**, qui m'a si bien formée pour être prête à Montpellier ; à **Julien**, qui m'a apporté un point de vue différent et si enrichissant sur la psychiatrie ; à **Fanny**, dont la justesse et les compétences cliniques m'épatent ; à **Gerald**, qui m'impressionne de par son charisme et ses connaissances ; à **Pascale, Michèle, et Caroline**, les trois drôles de dames si enveloppantes, contenant et étayant avec leurs patients.

A l'équipe du Guilhem, à **Claire**, pour ta personnalité hors du commun qui me touche tant ; à **Kiki** , pour ton amour du rouge et des vidéos intimes ^^ ; à **Emilie**, pour ton franc parler, et ton humour ; à **Natacha**, pour ta douceur ; à **Lucas**, pour tes conseils ; à **Damien**, pour ton humour ; à **Mumu**, pour tes gentilles râleries ; à **Fatima**, pour ta bienveillance ; à **Stéphane**, pour tes éclats de rire et ton humour ; à **Jean Alain**, pour ton sourire ; à **Céline**, pour ton sourire discret ; à **Laura**, pour ta touchante naïveté. Merci à tous et pour tout.

Aux infirmiers de l'UTTAD, particulièrement à **Julie, Christophe et Marjorie**, qui m'ont entouré de leur douceur et de leur soutien. Merci pour tout.

Aux équipes de Lapeyronie, que je cotoie avec tant de plaisir. Et tout particulièrement,

A Fabienne, pour cette douceur et cette bienveillance que tu dégages. Quelle joie de travailler à tes côtés. Merci pour tout.

A Véro, pour ta compréhension, ton empathie, ton écoute, et ta douceur. Qu'il a été agréable de mener les groupes avec toi et de me former à tes côtés. Tu dégages une énergie, une douceur et une bienveillance folle, pour lesquelles je t'admire. Merci pour tout.

A Audrey, pour notre rencontre et nos attraits personnels et professionnels communs. Je suis heureuse d'avoir pu partager ces instants de vie avec toi, et souhaite qu'il y en ait d'autres. Merci pour tout.

A Laetitia, pour cette sérénité que tu dégages, ta patience, et ta bienveillance. Pour ta précieuse aide dans ce travail, parce que tu as su composer avec mes « tu peux m'en redonner un, je l'ai perdu » ^^ . Merci pour tout.

A Céline, Nadia, et Laure, nos secrétaires hyper efficaces de Lap', pour être « ma mémoire » à chaque instant^^, pour cette douceur, cette bienveillance que vous incarnez si bien ; le petit rituel de la demande de clefs et de l'oubli de vous les rendre va me manquer en novembre^^ . Merci pour tout.

A Coco, pour notre rencontre mythique qu'on aime raconter ; et surtout pour la suite, cet attachement, ce sourire, cet apaisement quand je vois ta frimousse pleine de vie, de bienveillance et de douceur. Merci pour tout.

A Véro des urgs, pour ta bienveillance et sourire. Merci pour tout.

A Max des urgs, pour ta bienveillance envers nos patients, ton calme, nos échanges et toujours ce petit sourire chaleureux quand on se voit. Merci pour tout.

A Emilien. Qu'il s'en passe des choses dans le courant des eaux de Lapeyronie. Il y a des rames qui se rangent et des bateaux qui font escale. Comme une évidence, tu as le droit à ton paragraphe après. « *La lumière a sa part d'ombre et l'obscurité sa part de lumière. C'est l'équilibre entre les deux qui crée l'harmonie* » Donachy Ladouceur. Merci pour tout.

A ces émois qui m'ont fait chavirer, qui m'ont forgé, m'ont construite, et parce qu'il faut savoir reconnaître l'unique, les sentiments, la destinée. Merci pour tout.

A toutes ces relations éphémères, qui m'ont beaucoup appris sur la vie, sur moi, sur les autres, et qui ont toutes contribuées à guider ma vie et à faire de moi celle que je suis. Merci pour tout.

Aux patients, qui m'ont permis de rédiger cette thèse et me permettent chaque jour de m'épanouir dans un travail qui me passionne. Ces patients, grâce à qui j'apprends constamment, sur la complexité humaine et sur la vie. Merci pour tout.

« Je sentis peu à peu quelque chose de léger et de lumineux virevolter à l'intérieur de moi, comme un papillon caressant mon âme. Il me sembla pour la première fois qu'un sens caché animait nos vies, que le hasard n'existait pas. » *Sabrina Philippe.*

A tous un immense MERCI.

ABREVIATIONS / SIGLES :

5-HIAA : Acide 5-HydroxyIndole Acétique

5-HT : Sérotonine

AAQII : Acceptance and Action Questionnaire – Questionnaire d’acceptation et d’Action

APA : American Psychological Association – Association Américaine de Psychologie

ACT : Acceptant and Commitment Therapy – Thérapie d’Acceptation et d’Engagement

BDHI : Beck Depression Hoplessness Inventory – Inventaire de Dépression et Désespoir

CRH : Cortisol Releasing Hormone

COREQ : Consolited Criteria for Reporting Qualitative Research – Critères de Validité de Recherche Qualitative

CS : Conduite Suicidaire

C-SSRS : Columbia- Suicide Severity Rating Scale – Echelle d’évaluation de la sévérité des idées suicidaires

DSM5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

FAST : Functioning Assessment Short Test – Echelle de Fonctionnement

FDA : Food and Drug Administration - Administration des médicaments et de la nourriture

HAQ : Helping Alliance Questionnaire – Questionnaire d’alliance thérapeutique

IDO : Indolamine-2,3-DiOxygénase

IDS-C30 : Inventory of Depressive Symptomatology – Inventaire de Symptomatologie dépressive

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien

LRI : Life Regard Index – Questionnaire sur le sens de la vie

MARS : Medication Adherence Rating Scale – Questionnaire d’adhésion et d’observance du traitement

MAAS : Mindful Attention Awareness Scale – Echelle de contact avec le moment présent

NMDA : Acide N-Méthyl-D-Aspartique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QSSP : Questionnaire de Support Social Perçu

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

STAI-State : State-Trait Anxiety Inventory – Echelle d’état d’anxiété

TCD : Thérapie Comportementale Dialectique

TCS : Trouble des Conduites Suicidaires

TS : Tentative de Suicide

WHOQOL-BREF : World Health Organization Quality Of Life measure – Echelle de mesure de qualité de vie

TABLE DES MATIERES :

I - INTRODUCTION.....	23
1. Epidémiologie des conduites suicidaires.....	24
2. Apparition du trouble des conduites suicidaires dans le DSM-5	26
3. Stratégies de prévention cognitivo-comportementales dans le cadre de la prise en charge des conduites suicidaires.....	27
3.1. Psychoéducation dans les conduites suicidaires	28
3.2. Etat des lieux sur les stratégies de gestion cognitivo-comportementale.....	29
3.3. Thérapie d'acceptation et d'engagement	30
3.4. Thérapie comportementale dialectique.....	32
3.5. Psychologie positive.....	32
4. Les enjeux de l'évaluation d'une psychothérapie.....	33
II - ETUDE QUALITATIVE DU PROGRAMME PEPSUI	35
1. Contexte.....	35
2. Objectif principal.....	36
3. Présentation du programme PEPSUI.....	37
4. Population de l'étude.....	38
5. Déroulement pratique	39
5.1. Réalisation du guide d'entretien	39
5.2. Passation des entretiens	45
5.3. Retranscription des entretiens	45
6. Procédure d'analyse	45
III – RESULTATS	48
1. Description de l'échantillon	48
2. Analyse.....	48
2.1. Résultats de l'analyse thématique des entretiens du groupe PEPSUI	49
2.2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens du groupe relaxation	62
2.3. Comparaison de l'analyse thématique des entretiens des groupes relaxation et PEPSUI	69
IV - DISCUSSION	76
1. Synthèse et interprétation des résultats aux vues des données de la littérature.....	76
2. Limites de notre étude.....	85
3. Forces de notre étude	86
4. Implications cliniques et perspectives.....	88
V - CONCLUSION	89
VI - BIBLIOGRAPHIE.....	90

VII - ANNEXE	99
VIII - SERMENT D'HIPPOCRATE	119
RESUME	121

I - INTRODUCTION

Toutes les 40 secondes, une personne décède par suicide dans le monde (1) . La prévention du suicide est une priorité majeure dans l'agenda de santé publique. Bien que de multiples stratégies de prévention existent, notamment la pharmacothérapie, permettant d'agir sur les dimensions associées à la vulnérabilité suicidaire, il persiste des variables sur lesquelles ces stratégies ne sont pas efficaces. Ces caractéristiques n'entrant pas dans le champ d'action de la pharmacothérapie sont représentées par , de manière non exhaustive, la faible compliance aux soins évaluée chez les patients suicidants, le faible besoin d'aide perçu, les stratégies de gestion personnelle dysfonctionnelles, la gestion inefficace des relations interpersonnelles, les croyances autour des hospitalisations et de l'efficacité des traitements (2). La psychoéducation a démontré son efficacité dans la prévention des rechutes dans le cadre de différents troubles mentaux , notamment par l'action sur les variables précédentes (3–5) .

Au travers d'un enseignement didactique et d'un apprentissage de compétences psychologiques, la psychoéducation pourrait ainsi être d'un intérêt particulier dans la prise en charge des patients suicidants. C'est dans ce contexte que cette thèse portera sur le premier programme français de psychoéducation à visée de prévention des conduites suicidaires (CS), nommé PEPSUI.

Dans une première partie, nous présenterons une synthèse des données sur les programmes de psychoéducation et les outils psychothérapeutiques issus de différentes thérapies, notamment d'acceptation et d'engagement, de thérapie comportementale et dialectique et de psychologie positive, à visée des patients suicidants.

Dans une seconde partie, nous présenterons le premier programme français de psychoéducation aux CS (programme PEPSUI) et son étude qualitative avant d'en présenter les principaux résultats.

Dans une dernière partie nous discuterons des résultats obtenus et dégagerons les implications cliniques et perspectives de notre étude.

1. Épidémiologie des conduites suicidaires

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui se fait pour mission première « d'améliorer les perspectives d'avenir et la santé future pour toutes les populations du monde », évoque la prévention du suicide comme un état d'urgence mondial et une priorité dans l'agenda de santé publique (1).

Le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort, avec évidence (implicite ou explicite) de l'intention de mourir. Le terme tentative de suicide (TS) est, lui, employé pour décrire toute CS autoinfligée potentiellement dangereuse, sans issue fatale, avec preuve explicite ou implicite de l'intention de mourir (6).

Les CS se réfèrent à un ensemble de comportements regroupant les idéations suicidaires (toutes pensées concernant le désir et la méthode pour se suicider), la planification du suicide, la TS et le suicide. Les CS peuvent être pensées comme un continuum allant des suicides aboutis et TS aux idées suicidaires (7).

A l'heure actuelle, un million de personnes décèdent par suicide dans le monde tous les ans, et les TS sont 10 à 20 fois plus fréquentes (6). En 2020, ce chiffre pourrait atteindre 1,5 million (6). Un décès par suicide intervient toutes les 40 minutes et une TS toutes les 4 minutes, en France. La France est ainsi l'un des pays d'Europe où le taux de mortalité par suicide est le plus élevé avec 16 suicides pour 100 000 habitants (6). Ces chiffres diminuent actuellement très lentement (8).

La fréquence de décès par suicide augmente avec l'âge et le sexe masculin. Le taux de suicide s'accroît de 15 à 50 ans, il décroît ensuite jusqu'à 65 ans, puis s'accroît à nouveau de façon beaucoup plus nette pour atteindre sa valeur maximale après 85 ans (9). Les hommes décèdent 3 fois plus par suicide que les femmes (ratio de 2 à 5 hommes pour 1 femme), par contre les femmes réalisent plus de TS (ratio de 5 à 10 femmes pour 1 homme) (10). Cet écart s'accroît aux âges les plus avancés et s'explique par les moyens plus violents utilisés par les hommes (pendaison, armes à feu) (11). La catégorie socioprofessionnelle influe également sur la mortalité par suicide, la catégorie des « inactifs » (personnes licenciées, sans expérience professionnelle et au chômage) restant la plus touchée par la mortalité par suicide (9,12). Le statut marital montre un taux de suicide plus faible pour les personnes mariées et maximal pour les personnes veuves (9). Une étude épidémiologique portant sur 85 000 sujets évalués dans 17 pays à travers le monde nous informe que la prévalence sur la vie est de 9.2 % pour les idées suicidaires, 3.1% pour les plans suicidaires,

et 2.7 % pour les TS; la transition des idées vers les plans ou TS survient, dans 60% des cas, dans l'année qui suit leur apparition (13).

Cette épidémiologie, est criante de l'état d'urgence à améliorer la compréhension sur les CS pour endiguer cette mortalité évitable ; ainsi que de multiples données abordées ci-après démontrant une physiopathologie spécifique, ont conduit à l'apparition du trouble des conduites suicidaires (TCS) dans la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (14) , en tant qu'entité clinique indépendante « à l'étude ».

2. Apparition du trouble des conduites suicidaires dans le DSM-5

Selon le DSM 5 (14) , les critères de diagnostic du trouble des conduites suicidaires (TCS) sont les suivants:

A – Durant les 24 derniers mois, l'individu a fait une TS. Une TS est une séquence comportementale auto-initiée par un individu qui, au moment de l'initiation, s'attend à ce que l'issue de ses actions le conduise à sa propre mort. Le « moment de l'initiation » est le moment où un comportement impliquant l'application de la méthode a lieu.

B – L'acte ne répond pas aux critères pour un comportement auto-dommageable non suicidaire – c'est-à-dire que ceci ne concerne pas un comportement auto-infligé superficiel dans le but d'induire le soulagement d'un état cognitif/affectif ou d'aboutir à un état thymique agréable.

C – Le diagnostic ne s'applique pas aux idées suicidaires ou à aux actes préparatoires

D – L'acte n'a pas été initié durant un état confusionnel.

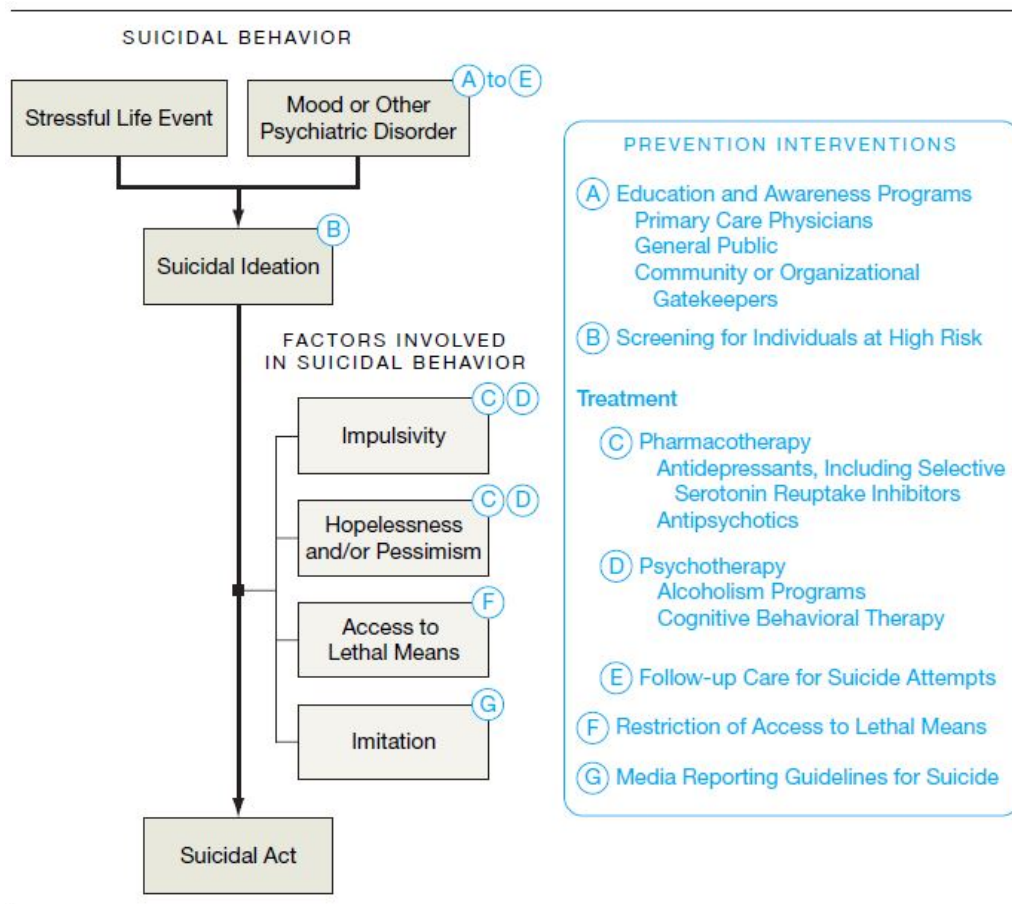
E – L'acte n'a pas été mis en place seulement pour un objectif politique ou religieux.

Le trouble peut être actuel (moins de 12 mois depuis la dernière TS) ou en rémission précoce (entre 12 et 24 mois depuis la dernière TS).

Plusieurs modèles théoriques ont été développés pour conceptualiser un ensemble de données issues de la suicidologie et apporter une compréhension aux mécanismes menant aux CS. Le modèle de compréhension des CS aujourd'hui prévalent est le modèle stress- vulnérabilité proposé par Mann et Arrango en 1992, intégrant la psychopathologie, la neurobiologie, la génétique, les influences de l'environnement dans l'étude des CS. Selon le modèle stress-vulnérabilité des CS, seuls les patients qui présentent une vulnérabilité suicidaire, réaliseront un geste en condition de stress (15).

3. Stratégies de prévention cognitivo-comportementales dans le cadre de la prise en charge des conduites suicidaires

Aujourd'hui, la prise en charge des patients atteints du TCS repose sur différentes stratégies de prévention, résumées par Mann, et al. (16), dont la figure ci après apporte un résumé.



Mann, JAMA, 2005

Ces stratégies de prise en charge comprennent : la pharmacothérapie, la limitation d'accès aux moyens létaux, les campagnes de prévention, l'amélioration du contact des suicidants avec les services de santé mentale, ainsi que l'objet de cette thèse, les programmes de psychoéducation incluant des stratégies psychothérapeutiques cognitivo-comportementales (i.e. répondant aux stratégies A et D de la figure ci-dessus).

3.1. Psychoéducation dans les conduites suicidaires

Selon Bonsack et al. (17) : « La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. »

Les programmes de psychoéducation, consistent ainsi à rendre le patient expert de sa pathologie, en l'accompagnant dans la compréhension de celle-ci à travers l'enseignement des dernières connaissances scientifiques et en lui permettant d'acquérir des compétences psychothérapeutiques pour gérer ses troubles au quotidien. Ils ont montré leur efficacité dans la prévention des rechutes de différents troubles mentaux, tels que la schizophrénie (18), les troubles bipolaires (4,18) ou les troubles dépressifs récurrents (5), via notamment une meilleure observance du traitement. Ils sont ainsi fortement recommandés pour cibler les problèmes d'adhésion aux soins des patients avec troubles mentaux sévères et persistants (19). Grâce à eux, le patient s'inscrit dans une démarche active d'acquisition de connaissances. Dans un essai contrôlé randomisé, il a été montré (20) une compliance aux soins meilleure à 3 mois après le suivi d'un programme de psychoéducation (vs. une intervention aspécifique) chez des patients avec divers troubles psychiatriques sévères. Les éléments de psychoéducation appliqués dans ce programme regroupaient, à l'instar des programmes de psychoéducation recommandés en psychiatrie par le NICE (Institut National pour la Santé et l'Excellence Clinique, Royaume-Uni) (21), des échanges de connaissances sur les pathologies et les traitements entre les patients et les animateurs, ainsi que la délivrance de stratégies de gestion cognitivo-comportementales des symptômes décrites ci-dessus.

En 2002, un essai contrôlé randomisé mené par le NIMH auprès de 448 adolescents suicidants (i.e. avec idées suicidaires ou tentative de suicide dans le dernier mois) a mis en évidence l'efficacité d'un programme de psychoéducation dans la réduction de la sévérité des idées suicidaires à 6 semaines post-thérapie, mais sans différence statistiquement significative entre les groupes quant à la réduction des TS à 12 mois post-thérapie (22). L'avantage de ces programmes de psychoéducation est leur faible coût. Les animateurs pouvant être tout soignant en santé mentale (23).

Il existe à notre connaissance un seul programme de psychoéducation concernant les CS ; il s'agit d'un programme espagnol de groupe (10 sessions hebdomadaires) de psychoéducation du suicide à destination des patients adultes suicidants (i.e. ayant fait une TS récente) incluant des patients suicidants admis aux urgences de l'hôpital universitaire des Asturies, en Espagne, entre janvier 2011 et juin 2013 (24). Les patients étaient randomisés soit dans le programme de psychoéducation (comportant des connaissances sur les CS, et des stratégies cognitivo-

comportementales telles que la reconnaissance des signes d'alerte, des compétences de communication, de résolution de problèmes) ou dans un groupe contrôle recevant des soins psychiatriques standards. L'objectif principal était d'examiner si la période de temps de récurrence d'un geste suicidaire était statistiquement différente dans le groupe psychoéducation par rapport au groupe contrôle. Les critères de jugement secondaires étaient représentés par le taux de mortalité, le taux d'incidence de comportements suicidaires récurrents (exprimés par TS répétée par personne et par an), et par un score de dépression. Les patients étaient évalués au temps d'inclusion, puis à 3 et 6 mois puis tous les 6 mois jusqu'à la fin du suivi (24). Les données sont en cours d'investigation et n'ont pas été publiées à l'heure actuelle.

Dans le programme PEPSUI, les *connaissances sur la pathologie* « TCS » se réfère aux données épidémiologiques, cliniques et neurobiologiques relatives aux conduites suicidaires. Les *stratégies de gestion cognitivo-comportementales* sont composées de différentes compétences citées ci-après.

3.2. Etat des lieux sur les stratégies de gestion cognitivo-comportementale

Une méta-analyse récente portant sur 32 essais contrôlés randomisés regroupant 4 114 patients a mis en évidence que les patients recevant une psychothérapie avaient moins tendance à réaliser une TS au cours du suivi allant jusqu'à 2 ans post-thérapie, que ceux recevant un traitement usuel seul. Le nombre de sujets nécessaire à traiter (NNT) était de 15 pour prévenir une TS. De plus, il a été démontré un impact supérieur des interventions psychosociales et comportementales ciblant directement les CS (en particulier les thérapies cognitives et comportementales (TCC), dont la thérapie comportementale dialectique (TCD)) par rapport aux interventions indirectes s'adressant seulement aux symptômes associés aux CS (désespoir, dépression par le biais en majorité de thérapies ciblant les stratégies de résolution de problème, les compétences relationnelles, l'adhésion au traitement, des techniques cognitives et comportementales non spécifiées ciblant l'amélioration des symptômes) (25). En effet, pour 7 à 8 patients à haut risque suicidaire traité par psychothérapie ciblant les comportements suicidaires, il est estimé qu'un décès par suicide sera prévenu (NNT=7-8), alors que plus du double de patients (NNT=17) a besoin d'être traité pour prévenir un suicide avec les autres interventions ciblant les symptômes liés aux CS et non les CS directement (25).

Une autre méta-analyse (26), menée par Tarrier et coll., illustre l'intérêt des TCC dans la prévention des CS. Cette méta-analyse incluant 28 essais contrôlés randomisés, regroupant 3 461 patients, a comparé l'efficacité des TCC (techniques de résolution de problème et/ou de

restructuration cognitive, techniques d'activation comportementale, TCD) vs. liste d'attente (condition contrôle). La majorité des patients inclus avaient fait une TS récente ou présentaient des idées suicidaires actuelles. La majorité des interventions étaient brèves (sauf 6 interventions dont la TCD), soit moins de 6 mois. Les résultats ont mis en évidence une efficacité des TCC (vs. liste d'attente) sur le niveau d'idées suicidaires à 3 mois après la fin de l'intervention, avec une taille de l'effet faible (Hedge's $g = -0.39$, $z = -2.52$, $p = 0.012$). Par ailleurs, les TCC étaient efficaces sur le taux de suicide abouti, TS et plans suicidaires à 3 mois après la fin de l'intervention, avec une taille de l'effet modérée (Hedge's $g = -0.57$, $z = -3.95$, $p = 0.0001$). De plus, les TCC ont démontré leur efficacité sur des facteurs de vulnérabilité suicidaire, tels que la propension au désespoir et les anomalies de prise de décision de problèmes (27).

3.3. Thérapie d'acceptation et d'engagement

La thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), développée par Hayes (28), semble particulièrement intéressante dans la prise en charge des CS. Il s'agit d'une thérapie intégrative associant mindfulness, entretien motivationnel, et thérapie existentielle. Cette thérapie vise à :

1) Développer des compétences de pleine conscience (i.e. défusion, acceptation, soi comme contexte, instant présent) visant à cultiver une relation particulière par rapport aux événements mentaux. Concernant les pensées, ACT incite à se familiariser avec la nature des pensées (i.e., phénomènes transitoires se manifestant dans le champ de la conscience, dépourvu d'existence intrinsèque) et observer les expériences que sont les pensées, sans se confondre ou s'identifier à elles. A la différence des TCC de 2ème vague, il n'est ici pas question de discuter sur le contenu des pensées : la pensée constitue un objet d'attention et d'observation comme un autre. Concernant les émotions, ACT incite à observer et identifier les sensations corporelles en lien avec les émotions, afin d'être capable de rester avec l'expérience en cours. La souffrance est transformée en un simple ensemble de sensations physiques, parfaitement localisées et identifiées. Ceci permet de diminuer le besoin impérieux d'évitement de l'expérience émotionnelle en cours.

2) Identifier ce qui est vraiment important pour soi dans la vie, la direction que nous souhaitons donner à notre vie (i.e. valeurs), et agir dans cette direction (i.e. actions valorisées), en incarnant du mieux qu'il nous est possible la personne qu'on a vraiment envie d'être en ce monde, instant après instant. L'intention comportementale est d'assurer une cohérence interne, l'approche de l'important, indépendamment des sensations agréables ou désagréables produites par les objets ou situations extérieures.

Ainsi, la thérapie ACT cible l'évitement expérientiel (i.e., la tendance à éviter les pensées et émotions déplaisantes) et la flexibilité psychologique, qui sont deux processus communs à l'ensemble des troubles psychiatriques (29).

En effet, les données de la littérature montrent que les suicidants rapportent des images mentales intrusives de suicide, perçues comme aversives (30) et tentent de les supprimer de leur esprit (31). Parallèlement, les CS peuvent être considérées comme la plus extrême expression de l'évitement expérientiel (32). Ainsi, le comportement suicidaire a pour fonction d'éviter ou d'échapper à des expériences psychologiques perçues comme intolérables. Une étude portant sur près de 200 patients avec histoire de CS et trouble dépressif récurrent a mis en évidence une altération du lien entre symptomatologie dépressive et idées suicidaires chez les patients ayant eu un entraînement en mindfulness comparativement à ceux n'ayant pas eu cet entraînement (33). L'entraînement à la mindfulness, et le développement de la compétence d'acceptation, pourraient avoir un impact sur la réduction des idées suicidaires indépendamment de l'impact sur la dépression et permettre de réduire la réactivité cognitive suicidaire chez les patients. Enfin, la thérapie ACT pourrait permettre une augmentation de la motivation intrinsèque favorisant le sentiment d'épanouissement dans les actions mises en place. Ainsi, la clarification des valeurs pourrait permettre de mettre en lumière et de rendre conscient les renforçateurs de la motivation intrinsèque d'un individu (28). L'analyse fonctionnelle transnosographique utilisée dans la thérapie ACT, appelée matrice, apparaît comme un outil intéressant dans l'amélioration de la flexibilité cognitive et la prise de décision, un facteur neuropsychologique altéré chez les patients suicidant (34).

A la suite d'une étude pilote suggérant l'intérêt de la thérapie ACT dans la prise en charge des CS, Ducasse et coll. (35), ont mis en évidence que la thérapie ACT était plus efficace que la relaxation dans la réduction de la sévérité et de l'intensité des idées suicidaires, avec un maintien de l'effet à 3 mois post-thérapie chez 40 patients présentant un TCS actuel. La thérapie ACT était aussi efficace sur la symptomatologie anxieuse et dépressive, la douleur psychologique, le désespoir, et la qualité de vie. Les patients du groupe ACT étaient hautement adhérents à la thérapie, et jugeaient la thérapie très utile.

3.4. Thérapie comportementale dialectique

La TCD, créé par Marsha Linehan (36) est le traitement de référence pour le trouble de personnalité borderline (37), trouble très associé aux CS. En effet, il est estimé que 85% des personnes souffrant d'un trouble borderline feront des TS multiples, et 10% vont décéder par suicide, ce qui représente 50 fois plus que la population générale (38). La TCD permet chez les patients suicidants de diminuer la fréquence des TS, des idéations suicidaires, de la sévérité des comportements autoagressifs, d'utiliser les services alloués à la prise en charge des patients suicidaires en cas de crise, et de majorer les raisons de vivre (39).

La TCD comprend l'apprentissage de compétence de régulation émotionnelle basées sur la mindfulness, de compétence de tolérance à la détresse, et de compétences d'efficacité interpersonnelle.

3.5. Psychologie positive

Les interventions basées sur la psychologie positive, développées par Martin Seligman (40), visent à cultiver des états affectifs et cognitifs positifs, tels que l'optimisme et la gratitude, et restaurer un sens à la vie. Certaines études ont montré l'efficacité de la psychologie positive dans la réduction de la symptomatologie dépressive et des idées suicidaires. La rédaction d'un journal de gratitude, a permis une amélioration à court terme de l'optimisme et du désespoir (41). Une méta-analyse regroupant trois études incluant des patients à haut risque suicidaire (42) ((1) patients avec un épisode cardiovasculaire récent aigu, (2) patients hospitalisés pour problème cardiaque qui présentaient une dépression ou un trouble anxieux, (3) patients hospitalisés en psychiatrie pour des idées suicidaires ou suivant une TS) a montré que de hauts niveaux d'optimisme rapportés étaient associés moins d'idées suicidaires (OR =0,84, CI =0,76-0,92,z=3,57,p<0,001) et un moindre pessimisme (OR = 0,83, 95%CI 0,75-0,92, z=3,61,p<0,001). Il était suggéré que l'optimisme pourrait être associé à un niveau plus faible d'idées suicidaires, au delà de l'effet des symptômes dépressifs.

Par ailleurs, étant donné que l'altération du lien social et du sentiment d'appartenance sont largement impliqués dans les CS (43), les compétences visant à améliorer la qualité des relations sociales sont un domaine de psychologie positive d'intérêt majeur pour la prévention des CS.

4. Les enjeux de l'évaluation d'une psychothérapie

Selon la définition de l'OMS (44), la « psychothérapie concerne les interventions planifiées et structurées qui visent à modifier le comportement, l'humeur et les modes de réaction à différents stimuli par des moyens psychologiques verbaux et non verbaux. La psychothérapie n'englobe pas l'utilisation de substances biochimiques ou de moyens biologiques ». La part d'acquisition de compétences cognitivo-comportementales de tout programme de psychoéducation suivant les recommandations du NICE (45) répond donc à cette définition. Dire qu'une psychothérapie a des effets, c'est pouvoir à la fois affirmer l'existence de changements au cours de son déroulement et également démontrer que la psychothérapie en est bien la cause. C'est ainsi qu'au cours du temps, la méthodologie de l'évaluation des psychothérapies n'a cessé de se préciser et de se complexifier.

Goldfried (46) a décrit quatre générations de recherche.

1°) La première (jusqu'en 1950) cherchant à répondre à la question : Est-ce que la psychothérapie est susceptible de produire un changement de la personnalité ? Cette question a peu spécifié les problèmes cliniques et le type de procédures d'intervention utilisées (47).

2°) La deuxième (des années 1950 aux années 1980) a été impulsée par les chercheurs de la thérapie comportementale, comparant différentes méthodes pour traiter des problèmes cibles spécifiques. Le manuel de thérapie, la répartition aléatoire des patients dans les groupes de traitement, et d'autres considérations méthodologiques ont alors été intégrés (47).

3°) La troisième génération a commencé dans les années 1980, et l'orientation, insufflée par l'association américaine de psychologie (pour American Psychological Association), s'est clairement faite vers le modèle médical à type d'essais cliniques, terme utilisé pour les études pharmacologiques. Les problèmes cibles ont été remplacés par les diagnostics du DSM. Un mouvement s'est alors mis en place vers les populations cliniques, l'utilisation de manuels de thérapie plus détaillés, et une attention à ce que les thérapeutes respectent les protocoles de traitement (47).

4°) Notre génération, la quatrième, doit se donner pour objectifs d'inclure la collaboration entre chercheurs et praticiens, d'étudier les traitements intégrés, d'utiliser les résultats des recherches sur les processus pour améliorer les manuels de thérapie. Néanmoins, à l'heure actuelle, comme le rappelle Hendrick (48), deux thèses s'affrontent. La première préconise que les études doivent s'aligner sur le modèle des études d'efficacité pharmacologique. La seconde prétend que cette approche est tout simplement impraticable et réductrice.

L'expertise collective de l'INSERM (18), a renforcé la polémique. Le rapport de l'INSERM (18) a montré que le domaine de la recherche consacrée à la comparaison des différentes formes de

psychothérapie s'est considérablement développé et a abouti à de nombreuses recommandations thérapeutiques dans divers pays (18). Il aborde la possibilité de recours possible à la statistique de la même façon dans le cadre de l'évaluation de thérapeutiques somatiques que dans le cadre de l'évaluation de psychothérapies.

Mais ce rapport convient aussi que la méthodologie « Evidence Based Medicine » ne se suffit pas à elle-même. Elle doit toujours être interprétée à la lumière des spécificités de la pratique clinique réelle et pourrait éventuellement gagner à être étayée par des études complémentaires, qualitatives ou épidémiologiques. En effet, pour évaluer une psychothérapie, il faut pouvoir évaluer le sujet dans sa subjectivité.

Ce rapport a ravivé le débat de la possibilité d'évaluer scientifiquement l'efficacité d'une psychothérapie sans perdre l'essence même de la situation psychothérapeutique mettant en jeu des êtres humains dans leur singularité subjective. Il a été une impulsion pour qu'une recherche puisse enfin se développer dans ce domaine en France, avec une méthodologie qui respecte la réalité clinique (47).

Sous le titre « Evidence-based practice in Psychology », le texte publié en 2005, sous la direction du président H. Levant de l'APA, reconsidère l'objectif et le choix méthodologique que l'Association a adopté et préconisé 15 ans plus tôt, à savoir le recours quasi unique, sur le modèle des études pharmacologiques, à la méthodologie des essais contrôlés randomisés (49). Les auteurs du rapport ont redonné une place centrale à l'expertise clinique et aux valeurs du patient dans la prise de décision clinique et ont diversifié les sources de preuves qui doivent être intégrées par les cliniciens. Désormais, elle propose la notion de « bonne pratique » de la thérapie et c'est un ensemble de neuf méthodologies qui participent, chacune avec sa spécificité, à la recherche de la preuve, et qui sont à considérer dans leur complémentarité pour aborder les questions de recherche. C'est ainsi qu'à côté des études expérimentales ou quasi-expérimentales, l'APA préconise de prendre en compte notamment les observations cliniques, y compris des études de cas isolées, souvent source d'hypothèses nouvelles et de découvertes scientifiques ; les études qualitatives utiles en ce qu'elles décrivent l'expérience subjective du patient ; les études expérimentales à cas unique, particulièrement utiles pour établir les relations de cause à effet entre un type d'intervention et un effet chez un patient particulier ; les enquêtes auprès des usagers qui permettent de mettre en évidence la disponibilité, l'utilisation et l'acceptation des offres de soins par les usagers ; et les études centrées sur les processus. Par ailleurs à côté de l'efficacité des traitements, il y a lieu de prendre en compte leur utilité clinique, c'est-à-dire tout ce qui est relatif à la faisabilité et l'utilité du traitement dans le contexte particulier où celui-ci est proposé (50).

II - ETUDE QUALITATIVE DU PROGRAMME PEPSUI

1. Contexte

Comme nous l'avons vu, l'évaluation des programmes de psychoéducation, se heurte à des limites méthodologiques. Suite au débat évoqué concernant l'évaluation des psychothérapies, le Dr Ducasse et moi-même nous sommes questionnées sur les moyens pour arriver à l'évaluation la plus fine possible du programme de psychoéducation PEPSUI. Nous nécessitions à la fois la compréhension des processus et la vérification des hypothèses quand à l'utilité du programme et la générabilité des résultats.

Il nous est alors apparu important, comme recommandé par l'APA (49) et suggéré par l'expertise de l'INSERM (18) de coupler une évaluation qualitative à l'évaluation quantitative du programme réalisée dans le cadre d'un PHRC national. L'étude quantitative est un essai randomisé et contrôlé évaluant l'efficacité du programme PEPSUI vs. relaxation sur la réduction du taux de récurrence suicidaires à 2 ans post-thérapie.

Ce couplage de deux méthodologies, dont les caractéristiques sont résumées dans le tableau ci-après, nous permet l'évaluation globale, compréhensive et hypothético-déductive du programme PEPSUI.

METHODES QUALITATIVES	METHODES QUANTITATIVES
Paradigme compréhensif	Paradigme explicatif
Logique de découverte en émergence	Logique de vérification
Permettent de comprendre les raisons d'un phénomène	Permettent de mesurer comment se distribue une caractéristique dans une population
Permettent de recueillir une information détaillée, nuancée	Ne permettent pas de recueillir une information détaillée, nuancée
Permettent de mettre en évidence des processus	Ne permettent pas d'étudier des processus
Ont un pouvoir de généralisation limité	Permettent la généralisation des résultats à l'ensemble de la population
Production de sens et signification	Analyse statistique, production de proportion
Situation de recherche intersubjective	Objectivité
Raisonnement inductif	Raisonnement hypothético-déductif, de vérification
Basées sur le Comment ? le Pourquoi ?	Basé sur la vérification d'hypothèses : Est ce que ? Oui - Non
Langage comme indice privilégié : Mots	Tests et échelles de mesure : Chiffres

2. Objectif principal

Notre objectif est d'identifier, chez des patients souffrant de TCS, les processus spécifiques et non spécifiques perçus comme aidants d'un enseignement sur les CS, et de stratégies cognitivo-comportementales issues de la thérapie ACT, de la TCD et de la psychologie positive.

Pour évaluer l'effet potentiellement unique du programme PEPSUI, les *verbatim* des patients du groupe PEPSUI ont été comparés avec ceux des patients qui avaient reçu le programme du groupe relaxation.

3. Présentation du programme PEPSUI

Aucun programme de psychoéducation à destination des patients présentant un TCS n'existant en France, l'équipe du Pr Courtet a créé et mis en place le premier programme français de psychoéducation aux CS, nommé PEPSUI.

Le but de ce programme est d'enseigner aux patients atteint de TCS actuel :

1) les connaissances scientifiques actuelles sur les CS et les thérapeutiques disponibles, à travers des sessions didactiques et interactives. L'objectif est d'amener les patients à devenir experts et acteurs de leur pathologie, augmentant l'adhésion aux soins. Il est ainsi en totale cohérence avec les recommandations du NICE (45).

2) des compétences psychologiques issues des thérapies ACT, de la TCD (en particulier les compétences de tolérance à la détresse visant à traverser les moments de crise sans aggraver la situation) et de la psychologie positive.

Le programme de psychoéducation PEPSUI s'adresse aux patients ayant fait une TS dans l'année. Il s'agit d'un programme de groupe (de 5 à 10 patients) au rythme d'une séance hebdomadaire de 2 heures pendant 10 semaines, animée par des professionnels de santé formés (infirmiers, psychiatres et/ou psychologues). Les thèmes abordés lors des 10 séances sont les suivants :

Séance 1) Education sur les CS (clinique et épidémiologie), et conceptualisation du phénomène à travers une matrice issue de la thérapie ACT (51). Cette analyse fonctionnelle transnosographique vise à faire percevoir au patient les processus cognitivo-comportementaux menant à un sentiment d'impasse et aux CS parallèlement à l'identification des stratégies cognitivo-comportementales d'approche d'une vie qui aurait du sens. Cet outil est un fil conducteur tout au long des séances, aidant le patient à prendre du recul par rapport à ses expériences intérieures, et à prendre des décisions efficaces pour sa vie.

Séance 2) Education sur la crise suicidaire, identification des domaines de vie et valeurs qui sont importants pour le patient, expérimentation de la matrice comme outil de prise de décision efficace.

Séances 3 et 4) Auto-évaluation des idées suicidaires, stratégies de gestion adaptées en fonction de l'intensité de ces idées et de la tension émotionnelle (acceptation, tolérance à la détresse, kit d'aide personnalisé, et dispositifs de soins d'urgence).

Séance 5) Apprentissage du modèle stress-vulnérabilité des CS, compétences cognitives innovantes, et actions valorisées.

Séance 6) Education sur les facteurs de stress des CS (maladies psychiatriques et évènements de vie négatifs), résilience, et entraînement au contact avec le moment présent.

Séance 7) Education sur la vulnérabilité suicidaire et travail sur les forces personnelles.

Séance 8) Données sur le soutien social dans les CS, et acquisition pratique de compétences pour créer des relations de qualité.

Séance 9) Traitements existants.

Séance 10) Conclusion.

Pendant les séances, les patients sont encouragés à poser des questions. Pour améliorer leur rôle actif, après chaque séance ces derniers sont encouragés à mettre en application dans leur quotidien les nouvelles compétences acquises.

4. Population de l'étude

Ce projet concerne 18 patients recrutés au CHU de Montpellier et ayant été inclus dans le PHRC national PEPSUI.

Les patients inclus sont âgés de 18 à 65 ans et souffrent d'un TCS actuel selon le DSM-5. Ne sont pas inclus les sujets présentant un diagnostic actuel ou passé d'un trouble mental organique, une schizophrénie, un retard mental ou étant protégé par la loi (sujet sous tutelle ou curatelle).

5. Déroulement pratique

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi directifs, en utilisant une analyse générale inductive et déductive avec approche comparative constante, centrée sur l'expérience vécue du programme suivi.

5.1. Réalisation du guide d'entretien

Tout d'abord, nous avons effectué une recherche bibliographique complète, pour examiner les articles portant sur l'évaluation qualitative de sessions de programmes de psychothérapies et nous avons analysés de façon approfondie ceux portant sur l'efficacité des différentes compétences contenues dans le programme (52–58). Ceci nous a permis de constituer un guide d'entretien. Il s'agissait lors de l'entretien individuel, d'évaluer les compétences du programme que les patients identifiaient comme significatives pour opérer des changements et une amélioration dans leur fonctionnement psychique. Il était également évalué l'impact des connaissances sur le suicide.

Pour élaborer notre guide d'entretien, nous nous sommes réunies avec le Dr Ducasse, et nous sommes questionnées sur les processus, à priori, pouvant permettre expliquer l'efficacité d'un programme de psychoéducation, et plus spécifiquement les éléments psychothérapeutiques du programme PEPSUI. Nous avons exploré ce qui avait été précédemment réalisé en terme d'entretien qualitatif évaluant des programmes de thérapie et nous sommes appuyées sur plusieurs études antérieures afin que notre grille d'entretien explore le plus finement tous les topiques d'intérêt (52–58).

Notre étude visant la compréhension approfondie du sens et de l'expérience vécue du programme, il est apparu naturel de commencer par la demande initiale :

- Parlez moi de votre expérience du programme que vous venez de terminer.

Les questions suivantes ont guidé la discussion sur le contenu du programme et tout effet sur le fonctionnement personnel. Les patients ont répondu à des questions sur leurs impressions concernant le programme :

- Comment évaluez vous l'évolution de votre santé psychologique depuis le début de la thérapie ?

- Est ce que cette thérapie a été aidante ? Si oui, de quelle manière ?

- Est ce que cette thérapie a amélioré votre qualité de vie ? Si oui, de quelle manière ?

La qualité de vie étant décrite par l’OMS comme « la perception qu’a un individu de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s’agit d’un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (44). Elle est ainsi considérée comme un « objectif à atteindre » selon l’OMS, redonnant sa place au patient dans sa maladie et plaçant son ressenti au cœur du processus de soin.

Il a été nécessaire de clarifier les processus par lesquels la thérapie pouvait être aidante et si ces processus étaient en relation avec les processus psychothérapeutiques d’ACT, de la TCD, de la psychologie positive, des connaissances scientifiques apportées ou d’autres facteurs non spécifiques. C’est ainsi que les patients ont par la suite répondu aux questions :

- *Comme conséquence de la thérapie, quels changements avez-vous fait dans votre vie ?*
- *Qu’est ce que vous faites actuellement, que vous n’étiez pas (ou plus) capable de faire avant la thérapie ? De quelle manière cette thérapie a-t-elle rendu ces changements possibles ?*
- *Comme conséquence de la thérapie, est ce qu’il y a des comportements (ou actions) que vous avez été capable de faire et que vous n’auriez pas été capable de faire sans la thérapie ? Si oui, de quelle manière ?*

Sachant que les stratégies de résolution de problèmes apparaissent dérégulées , et que la prise de décision est un facteur neuropsychologique altéré chez les patients suicidants (59), il est apparu important d’explorer les problèmes ayant pu être résolus en fin de programme par le biais de la question :

- *Comme conséquence de la thérapie, est ce qu’il existe des problèmes que vous avez été capable de résoudre et que vous n’auriez jamais été capable de résoudre sans la thérapie ? De quelle manière ?*

De plus, sachant que les sujets suicidants présenteraient plus d’incapacité d’entrevoir dans l’avenir des événements positifs (60), il est apparu opportun d’évaluer une éventuelle évolution de leur perspective du futur par la question :

- *Comme conséquence de la thérapie, est ce que votre perspective du futur a changé ? De quelle manière ?*

A situation égale, pour des événements de vie comparables, le retentissement intérieur sera différent en fonction des individus. Chez des patients présentant une pathologie chronique il a été démontré (61) que dans les profils chez lesquels le sens de vie est présent de plus hauts score de bien-être et d’acceptation étaient retrouvés, alors que ces scores étaient plus faibles chez ceux présentant une faible présence de sens à la vie. Ceci se traduit chez les personnes qui envisagent

le suicide par une attribution fréquente de leur état actuel à un manque de but ou de sens dans la vie (62). Il est donc important d'envisager si le sens attribué à la vie des patients se trouvait modifié après la thérapie, et les mécanismes sous-jacents à ce changement s'il existait, d'où la question :

- Comme conséquence de la thérapie, est-ce que le sens que vous attribuez à votre vie a changé ? Si oui, de quelle manière ?

Par ailleurs, les outils développés dans le programme visant à aider le patient à se placer à un niveau différent de conscience dans le but qu'ils subissent moins les événements mentaux (63), notamment par la régulation émotionnelle (36) et un équilibre entre stratégies d'acceptation et stratégies de changement comportemental (64), les questions suivantes ont été posées :

- Est-ce que les animateurs ont eu un impact sur votre manière de penser ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?

- Est-ce que les animateurs ont eu un impact sur votre manière de ressentir ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?

- Est-ce que les animateurs ont eu un impact sur la perception que vous avez de vos pensées et de vos émotions ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?

- Est-ce que les animateurs ont eu un impact sur votre manière de gérer vos pensées et de vos émotions ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?

- Est-ce que les animateurs vous ont amené à résoudre les problèmes d'une nouvelle manière ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?

Notre but étant d'évaluer le premier programme français de psychoéducation sur les CS, il a été nécessaire de nous pencher de façon plus spécifique sur l'impact du programme sur la gestion des CS et la perception des services de soins en santé mentale.

Il a été important d'évaluer si la perception des participants sur les CS avait été modifiée, et si oui, par quel biais. Puisque les CS ont été pressenties être l'expression la plus extrême d'un évitement expérientiel visant à échapper à des expériences psychologiques perçues comme intolérables (32) et que certaines compétences travaillées dans le programme auraient pour effet la disparition des séquences automatiques cognitives et/ou comportementales secondaires aux émotions négatives caractérisant la crise suicidaire (65), il fallait évaluer le ressenti des participants quand à ces CS par les questions :

- Comme conséquence de la thérapie, percevez-vous les CS différemment ? Comment ?

- Comme conséquence de la thérapie, pensez-vous pouvoir gérer les idées suicidaires différemment dans le futur ? Comment ?

Les outils psychoéducatifs ayant démontré une amélioration de la conscience de l'existence de structures de soins, d'attitudes de recherche d'aide et une diminution des attitudes permissives face au suicide (66), et ce, alors que moins de la moitié des sujets présentant des CS est en lien avec un service de santé mentale (2), nous devons évaluer la perception des services de soins suite à la thérapie, par la question :

- Comme conséquence de la thérapie, votre perception des services de soin en santé mentale est-elle différente ? Comment ?

Ensuite, un jeu de questions a porté sur la relation thérapeutique. Il a en effet été démontré que l'alliance thérapeutique reposant sur la relation thérapeutique, définie comme le lien de type collaboratif et affectif unissant un patient et son thérapeute (67). Elle montre une association avec les progrès des patients en psychothérapie et joue ainsi un rôle non négligeable dans l'efficacité thérapeutique. L'étude qualitative exploratoire de Johansson et Eklund (68) relève la pertinence de la relation aux soignants comme facteur thérapeutique, offrant le sentiment d'être compris et de se sentir exister. Les patients soulignaient l'importance du respect de leur dignité (par la compétence, la compréhension et l'écoute des soignants), du sentiment de sécurité (grâce à la facilité d'accès aux soignants, la confiance mutuelle et la continuité dans les relations), et de la participation aux soins. Dans une récente étude évaluant une brève thérapie à l'aide de la narration chez des patients ayant fait une tentative de suicide (69), il a été évalué secondairement le rôle de l'alliance thérapeutique sur les idées suicidaires (par le questionnaire l'alliance thérapeutique Helping Alliance Questionnaire, HAQ) (70). Il a été mesuré que l'alliance thérapeutique augmentait de la première à la troisième session de thérapie, et que de plus hauts niveaux d'alliance thérapeutique étaient corrélés avec un niveau plus bas d'idées suicidaires à 12 mois. Par ailleurs, une méta-analyse récente, menée par Flückiger et coll. (71), confirme également la robustesse de la relation positive entre l'alliance thérapeutique et l'issue de la psychothérapie.

Il nous est donc apparu important la qualité et l'impact de la relation thérapeutique dans le programme PEPSUI, par le biais des questions :

- Avez-vous déjà été inconfortable dans vos sessions avec les thérapeutes ?

- Quels type de choses vous a-t-il mis inconfortable durant une session ?

- Qu'est ce que vous avez fait de ce sentiment d'inconfort ?

- Avez-vous déjà été non en phase avec vos thérapeutes ?

- Qu'est ce qu'il s'est passé quand vous et vos thérapeutes n'étiez pas en phase ?

Finalement, des questions sur l'impact du groupe comme format de programme ont été posées. En effet, comme le décrivaient Edmond Marc et Christine Bonnal, (72) « Un groupe n'est pas une

entité statique. Il est animé de mouvements qui proviennent des buts poursuivis, de son fonctionnement, de sa vie même. Il résulte des motivations, des réactions psychologiques des participants à la situation, des relations interpersonnelles, des interactions, mais aussi de processus spécifiquement groupaux : chaque groupe tend ainsi à se fixer des règles, à partager des valeurs et des normes et à tendre vers les objectifs qui ont suscité sa constitution. Un des phénomènes majeurs dans la dynamique groupale est le besoin d'unité, d'intégration et d'approbation. » Il a été souligné par Wilson et coll.(73), les bénéfices de l'interaction entre les participants dans l'éducation thérapeutique groupale. La modalité groupale permettrait au patient de valider ses propres expériences et de répondre à ses besoins (73). C'est ainsi que nous avons questionné les participants de la manière suivante :

- *Comment avez-vous vécu la modalité du groupe ?*
- *Comme conséquence de la modalité de groupe, est ce que certains éléments ont été particulièrement utiles à votre évolution ? Lesquels ?*

La grille d'entretien finale apparaît ci-après.

GRILLE d' ENTRETIEN :

- Parlez moi de votre expérience du programme que vous venez de terminer.
IMPRESSIONS CONCERNANT LE PROGRAMME
- Comment évaluez vous l'évolution de votre santé psychologique depuis le début de la thérapie ?
- Est ce que cette thérapie a été aidante ? Si oui, de quelle manière ?
- Est ce que cette thérapie a amélioré votre qualité de vie ? Si oui, de quelle manière ?
PROCESSUS PAR LESQUELS LE PROGRAMME A PU ETRE AIDANT
- Comme conséquence de la thérapie, quels changements avez-vous fait dans votre vie ?
- Qu'est ce que vous faites actuellement, que vous n'étiez pas (ou plus) capable de faire avant la thérapie ? De quelle manière cette thérapie a-t-elle rendu ces changements possibles ?
- Comme conséquence de la thérapie, est ce qu'il y a des comportements (ou actions) que vous avez été capable de faire et que vous n'auriez pas été capable de faire sans la thérapie ? Si oui, de quelle manière ?
- Comme conséquence de la thérapie, est ce qu'il existe des problèmes que vous avez été capable de résoudre et que vous n'auriez jamais été capable de résoudre sans la thérapie ? Si oui, de quelle manière ?
- Comme conséquence de la thérapie, est ce que votre perspective du futur a changé ? De quelle manière ?
- Comme conséquence de la thérapie, est ce que le sens que vous attribuez a votre vie a changé ? Si oui, de quelle manière ?
- Est ce que les animateurs ont eu un impact sur votre manière de penser ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?
- Est ce que les animateurs ont eu un impact sur votre manière de ressentir ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?
- Est ce que les animateurs ont eu un impact sur la perception que vous avez de vos pensées et de vos émotions ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?
- Est ce que les animateurs ont eu un impact sur votre manière de gérer vos pensées et de vos émotions ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?
- Est ce que les animateurs vous ont amené à résoudre les problèmes d'une nouvelle manière ? Comment ont-ils fait pour permettre cela ?
GESTION COMPORTEMENTS SUICIDAIRES et PERCEPTION DES SERVICES DE SOIN EN SANTE MENTALE
- Comme conséquence de la thérapie, percevez vous les conduites suicidaires différemment ? Comment ?
- Comme conséquence de la thérapie, pensez-vous pouvoir gérer les idées suicidaires différemment dans le futur ? Comment ?
- Comme conséquence de la thérapie, votre perception des services de soin en santé mentale est-elle différente ? Comment ?
LA RELATION THERAPEUTIQUE
- Avez-vous déjà été inconfortable dans vos sessions avec les thérapeutes ?
- Quels type de choses vous a-t-il mis inconfortable durant une session ?
- Qu'est ce que vous avez fait de ce sentiment d'inconfort ?
- Avez-vous déjà été non en phase avec vos thérapeutes ?
- Qu'est ce qu'il s'est passé quand vous et vos thérapeutes n'étiez pas en phase ?
IMPACT DU GROUPE COMME FORMAT DE PROGRAMME
- Comment avez-vous vécu la modalité du groupe ?
- Comme conséquence de la modalité de groupe, est ce que certains éléments ont été particulièrement utiles à votre évolution ? Lesquels ?

5.2. Passation des entretiens

Un entretien semi structuré a été conduit avec les 10 premiers patients ayant suivi le programme PEPSUI et les 8 premiers patients ayant suivi le groupe relaxation du centre de Montpellier, dans la suite immédiate de l'évaluation quantitative V2, soit une semaine après la fin des 10 sessions du programme. Le nombre de patient inclus devait permettre d'arriver à saturation des données (74).

J'étais évaluatrice, non incluse dans les groupes d'animation, et ai mené des entretiens de type semi directifs. Les entretiens étaient menés en français, dans un lieu neutre représenté par les bureaux de consultation de l'hôpital Lapeyronie.

En introduction, il était présenté l'intérêt de l'étude qualitative du programme aux participants, et ces derniers étaient informés de l'anonymisation de leur propos. Les patients étaient questionnés sur le groupe auquel ils avaient assisté (PEPSUI ou Relaxation). Leur consentement à la participation à l'entretien et à l'enregistrement audio de celui-ci étaient recueillis.

5.3. Retranscription des entretiens

Tous les entretiens étaient, avec l'accord des participants, intégralement enregistrés par le biais d'un logiciel de dictée vocale. Je prenais des notes sur les postures, comportements paraverbaux, et propos des patients. Les données de l'entretien étaient intégralement retranscrites, mot à mot, sur un document de traitement de texte. Cette étape de retranscription du verbatim, soit du contenu exact du discours du patient, est une étape incontournable et inhérente à la recherche qualitative en ce qu'elle permet d'obtenir de manière fidèle et rigoureuse le substrat d'analyse de l'objet de recherche. La retranscription des verbatim durait en moyenne six heures par heure d'entretien.

6. Procédure d'analyse

Les analyses des entretiens ont ainsi été faites en utilisant une analyse thématique (75) via une approche hybride déductive, basée sur des catégories à priori relative au cadre théorique utilisé dans le programme PEPSUI, et inductive (76); et les thèmes ont été comparés de manière continue en utilisant une approche comparative constante (77).

Cette procédure d'analyse vise à donner un sens à nos données brutes mais complexes, dans le but de faire émerger des catégories qui favoriseront de nouvelles connaissances en recherche. Il s'agit d'analyser les processus mentaux en jeu dans la pensée du patient et d'en dégager le sens que le

patient a construit à partir de sa réalité. Différentes étapes ont guidé cette analyse (76,77). Les données ont donc été préparées sur un document de traitement de texte comme décrit précédemment.

Nous avons préalablement créé des catégories à priori basées sur le cadre du programme PEPSUI et Relaxation incluant :

- La pleine conscience,
- La tolérance au stress,
- L'utilisation de la matrice,
- Les compétences de psychologie positive,
- Le sens de la vie,
- La défusion de la pensée,
- Les compétences relationnelles et l'alliance thérapeutique,
- Les CS,
- La perception des services de soin,
- L'impact de l'entité groupale,

Dans l'étape suivante, j'ai (en tant qu'évaluateur) lu de manière attentive et approfondie les recueils des entretiens, à plusieurs reprises jusqu'à en être familière avec leur contenu et avoir une vue d'ensemble du vécu et des processus psychiques déployés par le patient. Un résumé a été fait pour chaque patient, afin de faciliter la rétention des informations. Le but était de dégager les significations centrales et évidentes parmi les données brutes. J'ai ensuite identifié des segments de texte présentant une signification spécifique et unique (unité de sens). J'ai ensuite créé des catégories émergentes depuis les verbatim, auxquelles les unités de sens ont été assignées. J'ai utilisé un mot ou une courte phrase pour nommer cette catégorie. Paillé et Mucchielli (78) définissent une catégorie, comme « une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche. » Il a été fait de même pour toutes les unités de sens, puis d'autres segments de texte ont été intégrés dans les catégories déjà étiquetées pour lesquelles les unités étaient déjà significatives. Cette étape correspond à la procédure de la codification inductive, faite au fur et à mesure et dans une logique classificatoire. Ceci a permis de créer une grille d'analyse réajustée à chaque catégorie émergente.

Dans une autre étape, chaque catégorie a été affinée, en recherchant des propriétés incluant des points de vue contradictoires ou de nouvelles perspectives, au sein d'un même groupe et entre les groupes. Comme notifié par Boeije (77), l'important était de souligner si un entretien évoquait les

mêmes catégories que l'autre, et ce que chaque entretien nous apprendait à propos de la catégorie. Des portions de texte illustrant l'essence des catégories ont été sélectionnées. Le but était de créer un nombre restreint de catégories afin d'avoir une vue d'ensemble des aspects clefs identifiés dans les données brutes.

La grille d'analyse finale, présentée en ANNEXE 1, a permis de réévaluer tous les transcrits sur la présence ou l'absence des catégories, en y étiquetant des sections de texte correspondant à chaque catégorie. Enfin, j'ai recherché les différences d'apparition des différences catégories et ainsi de processus mis en jeu entre les participants ayant reçu le programme PEPSUI et ceux ayant reçu le programme relaxation, afin d'analyser au mieux les processus potentiellement uniques mis en jeu dans chaque groupe. Ci-après apparaît un exemple du processus de codage.

EXEMPLE DE CODAGE :

Donnée	Propriété	Catégorie	Thème
<i>« Disons que je continue la méditation et ça permet de réguler les émotions alors qu'avant je parlais un peu plus dans tous les sens ; les émotions étaient très intenses et j'avais du mal à les maîtriser alors qu'aujourd'hui j'arrive plus à les maîtriser, et à moins en souffrir en fait » (P5)</i>	Accès à la régulation émotionnelle efficace	Compétence de méditation de pleine conscience	EFFETS-PROCESSUS EMOTIONNELS, COGNITIFS et COMPORTEMENTAUX
<i>« Dans certaines situations, pouvoir se concentrer uniquement sur sa respiration ou sur le mouvement de son ventre c'est une aide » (R5)</i>	Amélioration du stress, permettant de passer un moment de détresse	Compétence de tolérance au stress et à la détresse	EFFETS-PROCESSUS EMOTIONNELS, COGNITIFS et COMPORTEMENTAUX
<i>« Les outils qui nous ont été mis en place pour nous expliquer déjà par des chiffres le nombre de personnes qui sont passés à l'action, c'est de ne plus se sentir un peu seul au monde, c'est de se rendre compte qu'on est beaucoup dans cette situation là » (P3)</i>	Amélioration de la compréhension du trouble par les connaissances théoriques et permettant la rupture du sentiment de solitude	Perception des conduites suicidaires	PERCEPTION ET GESTION DES CONDUITES SUICIDAIRES ET AUTO DOMMAGEABLES
<i>« Dès que j'aurai une pensée d'idée de suicide, je pense que j'en parlerai directement genre à Véronique ou à ma psychologue, je laisserai pas le truc prendre de l'ampleur en fait » (P2)</i>	Apprentissage de schéma de gestion de la crise suicidaire	Gestion des idées suicidaires	PERCEPTION ET GESTION DES CONDUITES SUICIDAIRES ET AUTO DOMMAGEABLES

III – RESULTATS

1. Description de l'échantillon

Les patients ont été recrutés depuis le département d'urgences et post urgences psychiatriques de l'Hôpital Lapeyronie. L'inclusion des patients a été interrompue à saturation des données (74), soit après avoir inclus 10 patients du groupe PEPSUI et 8 patients du groupe Relaxation, dans la suite immédiate de l'évaluation quantitative V2, soit une semaine après la fin des 10 sessions du programme.

18 patients au total ont été inclus dans notre étude qualitative entre le 4 décembre 2017 et le 1^{er} aout 2018.

Parmi les 18 patients de notre étude, on compte 3 hommes et 15 femmes, âgés entre 19 et 57 ans (moyenne d'âge de 35 ans). 9 étaient célibataires, et la majorité, (12 sujets), n'avaient pas d'enfants. Concernant leur hébergement, la majorité des patients, (11 sujets), vivaient avec leur conjoint ou en cohabitation familiale. La majorité des patients, (11 patients), ne travaillait pas.

2. Analyse

Tous les entretiens ont été conduits par moi-même. J'ai retranscrit l'ensemble des entretiens a dans leur intégralité. La durée des entretiens était comprise entre 10 minutes et 1h05 minutes. La durée moyenne était de 37 minutes.

Un entretien est disponible dans son intégralité en ANNEXE 2.

2.1. Résultats de l'analyse thématique des entretiens du groupe PEPSUI

Tous les participants ont rapporté une expérience et un effet positif du programme, le caractérisant de « *complet* », « *positif* ». De multiples participants ont spontanément recommandé ce programme (sans question de l'évaluateur à ce sujet), et demandent à ce qu'il soit prodigué dans d'autres villes de France.

Tous les participants ont évoqué une évolution positive de leur santé psychologique depuis le début du programme. Ils ont tous évalué le programme comme aidant.

Huit participants ont évoqué que cette thérapie a amélioré leur qualité de vie.

Le tableau ci-après regroupe les réponses fournies aux questions binaires posées durant l'entretien pour les patients du groupe PEPSUI :

ITEMS / PATIENTS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Total
O : Oui / N : Non / NSP : Ne Sait Pas											/10
IMPRESSIONS sur la THERAPIE											
Evolution positive de la santé psychologique	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	10/10
Thérapie aidante	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	10/10
Amélioration de la qualité de vie	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	9/10
PROCESSUS THERAPEUTIQUES											
Changements dans la vie	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	9/10
Actions mises en place	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O	8/10
Problèmes résolus	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	9/10
Perspective du futur changée	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	8/10
Changement du sens de la vie	N	O	O	O	N	O	O	O	O	O	8/10
IMPACT des THERAPEUTES											
Impact sur la manière de penser	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	10/10
Impact sur la manière de ressentir	N	O	O	O	O	O	O	O	O	N	8/10
Impact sur la perception des pensées /émotions	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	9/10
Impact sur la gestion des pensées / émotions	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	9/10
Sur la capacité de gestion des problèmes	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	9/10
GESTION DES CS et PERCEPTION des SERVICES de SOIN											
Perception différente des CS	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	9/10
Gestion des idées suicidaires différemment	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	10/10
Perception différente des services de soins	O	O	O	O	N	O	N	O	N	N	6/10
RELATION THERAPEUTIQUE											
Inconfort avec les thérapeutes	N	N	N	N	O	N	N	N	O	N	2/10
FORMAT GROUPEL											
Modalité de groupe utile à l'évolution	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	9/10

P1, P2, Px : représente les participants du groupe PEPSUI (P, pour PEPSUI), dans la suite de cette thèse, les extraits d'entretiens de patients seront présentés en *italique*, avec en fin de citation le

code du participant , Px pour le participant x du groupe PEPSUI, Rx pour le participant x du groupe relaxation (R, pour relaxation).

Cinq thèmes principaux ont été identifiés, avec des catégories et des propriétés qui y sont rattachées.

THEME I : EFFETS ET PROCESSUS EMOTIONNELS, COGNITIFS et COMPORTEMENTAUX DES SESSIONS DU GROUPE PEPSUI

Tous les participants ont évoqué que les animatrices ont eu un impact sur leur manière de penser. Huit participants ont évoqué que les animatrices ont eu un impact sur leur manière de ressentir. Neuf participants, ont évoqué que les animatrices ont eu un impact sur la perception et leur manière de gérer leurs pensées et de leurs émotions. Neuf participants, ont évoqué que les animatrices les ont amenés à résoudre les problèmes d'une nouvelle manière.

Compétences de pleine conscience permettant d'accéder à une régulation émotionnelle efficace.

Tous les participants ont évoqué prendre contact avec le moment présent et rester centrés sur celui-ci et l'écoute de leurs sensations. Une participante a exprimé : « *ça nous permet de nous recentrer sur nous et de nous écouter et de savoir qu'est ce qui nous dérange, quelle émotion on a, vraiment quel est le nœud du problème et comment on peut le gérer en fait.* » (P9). Une autre l'a évoqué ainsi : « *On m'a appris vraiment à faire les exercices de pleine conscience. C'est à dire donc de s'ancrer dans la vie là et maintenant, d'être conscient de la douleur qu'on a, donc que ce soit une boule à l'estomac, que ce soit une tension, une espèce de chaleur au niveau du cou, de bien prendre conscience de la douleur comme on la ressent. D'essayer de voir si c'est une boule, si c'est du feu et de se dire que ça ne prend pas toute l'importance qu'on lui donne au départ, on peut accepter cette douleur* » (P3). Ceci décrit le processus d'acceptation des émotions : sortie de la souffrance, vague, prenant tout le champ de la conscience ; pour arriver à une identification précise d'un ensemble de sensations corporelles.

Tous les participants ont établi une meilleure régulation émotionnelle, réduisant la fréquence des escalades émotionnelles et l'intensité des émotions douloureuses suite à la thérapie par le biais de la pleine conscience. Une participante a expliqué ainsi la repercussion que la pleine conscience a pu avoir sur ses CS : « *Comme j'étais avant la thérapie, j'étais tellement mal que non je me disais que j'allais finir par me tuer parce que j'étais tellement mal que j'arrivais rien à gérer j'avais des attaques de panique où genre j'avais tout qui se bloquait, j'arrivais plus à parler, enfin c'était invivable en fait, du coup je me disais que je ne pouvais pas vivre comme ça, j'étais tellement*

victime de mes émotions que ça me faisait des problèmes physiques en fait et du coup c'était devenu invivable. Donc c'était même pas que j'avais envie de mourir en fait mais c'est que j'avais envie que ça s'arrête et du coup ben je pensais à mourir. Alors que maintenant plus du tout, j'ai plus tout ça.... J'ai réussi à mieux gérer mes émotions, à comprendre ce que je ressentais, à accepter qu'on peut avoir des sensations désagréables et que ça finit toujours par passer » (P2). Les émotions sont perçues comme un ensemble sensations physiques, impermanentes, d'apparition transitoire dans le champ de la conscience. Comme un nuage n'altère pas la nature du ciel, une émotion ne peut venir altérer la partie de soi permanente qui observe l'expérience sans se confondre avec elle.

Plusieurs participants ont évoqué que la pleine conscience aide à reconnaître ses émotions, régressant ainsi pour l'un d'entre eux la crainte de celles-ci.

La majorité des participants a noté qu'elle aide à la régression des ruminations.

« ...La pleine conscience c'est pour rester dans l'instant présent quand on est trop sur « qu'est ce qui va se passer, qu'est ce qui s'est passé avant. » (P2)

« En se concentrant sur le souffle, ça permet d'éviter tout ce qui est ruminations donc du coup ça permet d'apaiser, et d'apaiser toutes les émotions je dirais. » (P5)

« Je profite plus de chaque instant, je pense moins à me dire, oui mais après il va se passer ci, il va se passer ça. Je passe un bon moment, je profite de mon moment, après on verra ce qui se passe ensuite, mais pas me dire : si ça, ça, ça, ça ne se passe pas comme ça, ça va pas me plaire. Non. Prendre vraiment ce qui arrive et profiter. » (P9)

Plusieurs participants ont évoqué la nécessité de régularité de la pratique pour certains conduisant à un automatisme.

La majorité des participants ont décrit, par le biais de la pleine conscience, une modulation de l'intensité des symptômes, notamment pour certains une régression de la symptomatologie dépressive, de la symptomatologie anxieuse, une réduction de l'impulsivité, ainsi qu'une régression de l'irritabilité et de la colère. Certains patients ont évoqué une majoration de l'envie et de l'énergie. Pour évoquer la diminution de son comportement impulsif, un patient a ainsi dit :

« La méditation a apporté la désolidarisation entre les émotions et l'actif, la réaction. » (P6)

Ainsi, le processus d'acceptation des émotions permet de sortir du besoin impérieux habituel d'échapper au plus vite à ces expériences (via des comportements impulsifs). Ceci permet de diminuer l'évitement expérientiel.

L'acceptation.

Neuf participants, ont évoqué le fait d'accueillir, de s'ouvrir à leurs émotions et à l'expérience suite à la thérapie comme aidant. Celle-ci a été décrite bénéfique par la majorité des participants pour

favoriser une régulation émotionnelle efficace, aider à l'initiation de l'action en adoptant une attitude d'ouverture, et ainsi sortir de la tendance aux CS comme stratégie d'évitement expérientiel (i.e. émotionnel).

Ainsi, une participante a rapporté « *On peut accepter cette douleur et de se dire : OK donc c'est juste une douleur et ce n'est pas quelque chose qui doit prendre toute ma journée ou tout mon corps, et d'accepter ça et de se dire, bon bah voilà, je vis avec ça, mais à côté de ça je peux gérer cette espèce d'émotion qui est là, et de l'accepter et en fait on voit bien que ça prend pas toute la place et on peut reprendre son quotidien, prendre un moment pour soi, mettre des mots sur quelque chose qui nous fait mal et de se dire : « voilà c'est une douleur mais c'est pas quelque chose qui doit prendre toute la place au point de se dénigrer et au point de vouloir passer au suicide ce qui était le cheminement avant le programme. » (P3) ; une autre : « J'arrive à plus m'ouvrir » (P4) ; une troisième : « j'accepte de les ressentir, avant je transformais tout, dès que j'avais peur, que j'étais angoissée, que j'avais honte, je transformais tout en colère, maintenant j'accepte les émotions telles qu'elles sont, je ne les transforme pas. » (P9) ; encore une autre : « Ben d'accepter les choses désagréables et d'accepter que ça arrive à tout le monde et que ça finit toujours pas passer, parce que moi en fait c'est ça qui me faisait peur , c'est de ressentir quelque chose du coup je l'alimentais et ça passait pas ; et ça pouvait durer plusieurs jours, donc c'est ça qui me faisait peur en fait : de ressentir des choses désagréables pendant plusieurs jours et de finir par faire une bêtise parce que je le supportais pas en fait, donc rien que ça ça m'a rassuré de me dire que ça arrivait à tout le monde mais que ça allait passer, parce que moi non je pensais que ça ne passerait jamais, donc c'est surtout ça moi qui m'a aidé... c'est déjà des petits pas comme ça en fait, quand on ressentait quelque chose de désagréable, ben de l'accepter, de pas lutter pour ne pas le ressentir parce que sinon après c'est pire. » (P2).*

Compétences de tolérance au stress et à la détresse.

La détresse est un état de tension émotionnelle si élevé pour le patient, qu'il lui est difficile d'appliquer les compétences de régulation émotionnelle. Loin d'être un pilier de fond du programme, la tolérance à la détresse constitue plutôt une trousse de secours permettant de traverser un moment de crise sans aggraver la situation.

Plusieurs participants ont évoqué comme aidant le fait d'acquérir des stratégies pour échapper à un état de détresse émotionnelle. Ils ont rapporté que cela leur permettait de passer cet état de détresse émotionnelle, par le fait de se focaliser sur des activités plaisantes, sur le souffle, sur une sensation particulière induite. Une patiente a évoqué ainsi : « *Il faut juste passer ce pic de toute manière, une fois que ce pic il est passé ça redescend, c'est vraiment pour les émotions au-dessus de 5. C'est vraiment un pic, ils nous ont donné des petits trucs à faire pour faire passer le*

moment... ça dépend de chaque personne, moi c'est prendre une douche, ou aller marcher, il y en a c'est tenir des citrons congelés, ça dépend de chaque personne, c'est trouver le truc qui va nous apaiser et nous fixer un peu le temps que le pic d'émotions passe pour après pouvoir réfléchir tranquillement, pas réagir sur l'émotion forte, parce que c'est souvent au final ce qui fait qu'on a des comportements à risque et après qu'on regrette en fait. » (P9).

La défusion de la pensée et le soi comme contexte d'apparition des pensées et des émotions.

Neuf participants, ont exprimé une aide du programme médiée par l'accès à la défusion de leurs pensées. Les participants ont rapporté observer leurs pensées comme de simple événements mentaux qui défilent. Ils ont évoqué la défusion comme aide à la régulation des émotions. Ceci s'explique par le fait qu'une émotion succédant à une pensée, la prise de distance par rapport à la pensée permet d'en diminuer l'impact émotionnel. Les participants ont expliqué : « *les pensées...Déjà ça permet de mieux comprendre que ce ne sont que des pensées, des croyances qu'on s'impose à nous. » (P5) ; « je les regarde mais elles m'atteignent moins » (P6) ; « elles nous apprenaient qu'une pensée c'était une pensée et qu'il fallait la laisser venir et pas lutter pour ne pas la ressentir, qu'on pouvait pas contrôler nos pensées et que ça servait à rien d'essayer de ne pas les avoir parce que c'est comme ça, les pensées ça vient , c'est indépendant de nous et c'est des choses normales , elles nous ont aider à se dire qu'une pensée était une pensée »(P2) ; « Ce qui m'a vraiment aidé c'est le fait de garder ses soucis et de les poser sur les genoux, de ne plus des garder devant soi...[référence à la métaphore du cahier utilisée dans l'approche de la défusion] Ca sera juste un moment, qu'il faut penser à autre chose, enfin pas penser à autre chose, parce qu'on disait que c'est pas ce qui faut faire, pas penser à autre chose parce que c'est là, ça existe , donc effectivement on ne peut pas le nier , mais il suffit de le poser sur les genoux, et voilà, on va boire un verre d'eau, prendre une douche et ça passe » (P4).*

Les valeurs et le sens de la vie.

Huit participants ont évoqué un sens différent de leur vie suite à la thérapie, pour certains celui-ci a été amélioré par le biais de l'écoute de leurs émotions, de leurs ressentis ; pour d'autres par la recherche de ce qui est important pour eux, du sens de leur vie.

Une participante a relaté : « *J'arrive à m'imaginer une vie saine, positive, posée, alors qu'avant pas du tout. » (P2).* Une autre participante a évoqué la recherche de ses valeurs comme guide à une action riche de sens : « *Maintenant je sais quelle personne je veux être, du coup j'essaye dans toutes mes actions d'être au plus proche de cette personne, comme ça on n'a pas de regrets. » (P9).* Un autre a évoqué le recours à la matrice pour agir en direction de ses valeurs et retrouver du sens « *Les matrices, on partait de base sur nos propres valeurs, ce qu'on ne voulait pas*

incarner, les attitudes et les émotions que ça nous générerait et vers là où ça nous poussait » (P6).
Un participant, a décrit ne pas accorder plus de sens à sa vie mais plus de sens dans les actions effectuées.

Etats affectifs et cognitifs positifs (psychologie positive).

La majorité des participants ont évoqué spontanément la majoration de leur état affectif positif. La majorité des participants ont rapporté une amélioration de l'autocompassion, du respect pour soi, de l'estime d'eux même suite au programme, exprimant : « *Faut pas s'autoflageller, c'est tout, c'est fini ça, l'autoflagellation, je mérite pas ça, je suis quelqu'un de bien.* » (P3)
Plusieurs participants faisaient preuve de plus d'optimisme général, notamment par le biais de l'ouverture à l'expérience et à leurs ressentis « *Si j'aime regarder le coucher de soleil avec des
« ah c'est trop beau, même si c'est quelque chose qui se voit régulièrement, je continuerai aujourd'hui , de m'extasier et de pas me vexer parce que la personne à côté ne comprend pas, je suis comme ça et je resterai comme ça, par contre, je peux pas continuer de me laisser aller dans des côtés négatifs au point de vouloir mourir, c'est pas respectueux pour soi, ça je peux pas continuer, et aujourd'hui ça fait plus partie de ma vie, c'est pas me respecter.* » (P3) ; « *Cet élan de positivité il traversait bien* » (P4) ; « *Je prends plus de plaisir à les faire, genre sortir avec mes amis. Reprendre le travail. Je ne suis plus surmenée par les choses. Et toutes les choses que j'ai dit je les fais avec plaisir alors qu'avant j'avais plus trop autant d'intérêt.* » (P2) ; « *Ben en me concentrant plus sur le présent, sur le bonheur que c'est juste de ce qui se passe maintenant. Le futur ça arrivera, de quelle manière je sais pas mais il arrivera, donc plus profiter de ce qui se passe maintenant parce qu'après au final on a des regrets.* » (P9). Plusieurs participants ont évoqué une majoration de la gratitude.

Perspective du futur majoritairement améliorée.

Huit participants ont déclaré avoir une perspective différente du futur, y mettant plus de projection, et le voyant plus optimiste. Ces patients ont évoqué un optimisme croissant sur l'avenir, et une émotionnalité plus dirigée vers la gratitude et le fait de positiver.
« *J'arrive à m'imaginer une vie saine, positive, posée, alors qu'avant pas du tout... j'ai une vision différente de quand j'ai commencé la thérapie* » (P2)

L'utilisation de la matrice (outil d'analyse transnosographique) comme aide à la prise de décisions efficaces par la compréhension des comportements et la modification de ceux-ci en direction de l'important pour soi.

Neuf participants ont spontanément évoqué l'utilisation de la matrice comme outil d'évaluation efficace d'une situation, apportant « *un autre angle de vue* » (P5) et la compréhension de son fonctionnement automatique. Une participante a ainsi évoqué : « *La matrice ? ... En fait c'est une croix, en bas à gauche on va mettre un petit peu le nœud du problème, marquer toutes les phrases que ça nous inspire de négatif, en haut à gauche, on va mettre les comportements qu'on fait entre guillemet en pilote automatique, donc le cercle vicieux, et donc en bas à droite faut qu'on mette quelles sont les valeurs qu'on voudrait incarner dans les problèmes que ça nous pose, et du coup en haut à droite on met les comportements pour arriver plus à incarner nos valeurs en bas à droite, et après ça peut être des petits pas comme des grands pas... Très aidant, bah au final maintenant dès que j'ai quelque chose qui me pose problème je fais une matrice, comme ça on ne se trompe pas.* » (P9). Ils ont décrit que la matrice permettait ainsi l'ajustement de leurs comportements. Plusieurs participants ont évoqué la matrice comme médiateur d'une réduction de l'impulsivité : « *Bah déjà quand j'avais du mal à gérer mes émotions, je faisais un style de matrice et du coup je me posais avant d'agir impulsivement ou de refuser une sortie parce que j'étais pas bien...et puis à force j'ai même plus besoin de le faire car ça devient automatique* ». (P2). C'est ainsi que plusieurs participants l'ont évoqué comme une aide à la mise en place d'un schéma comportemental vertueux : « *Ça m'a aidé à prendre conscience, à réfléchir à savoir comment faire, à trouver des solutions.* » (P7) ; « *Par notre ancien comportement, elles nous démontrent qu'on est dans un cercle vicieux et que du coup on a du mal à être ce qu'on voudrait être, c'est à dire être plus serein, enfin plusieurs valeurs...et à avoir un autre angle de vue par rapport à notre fonctionnement en identifiant nos valeurs et ce que l'on pouvait mettre en place qui permettait de moins être dans ce cercle vicieux.* » (P5)

Mise en place de nouvelles actions ou comportements centrées essentiellement sur ce qui a du sens et est important pour soi.

Neuf participants, ont fait des changements dans leur vie et résolu des problèmes impossibles à résoudre sans la thérapie.

Huit participants, ont mis en place des actions différentes dans leur vie.

La majorité des participants ont évoqué la cohérence avec eux-mêmes (et non plus la perception extérieure) comme boussole intérieure guidant l'action: « *souvent, on s'imagine ce que l'autre peut penser ou ce que l'autre va faire, alors on s'interdit de faire l'action et enfin de compte on ne sait pas vraiment ce que l'autre va vraiment faire, on est persuadés et du coup on ne le fait pas mais*

si on le fait on peut être agréablement surpris comme on peut être déçus mais on peut se dire au moins : « eh tu peux être fière de toi parce que tu l'as fait » (P3).

La majorité des participants ont évoqué une vision d'eux comme acteur de leur propre vie agissant en direction de quelque chose d'important pour eux ; ainsi une participante a rapporté : « *C'est à moi de me rendre heureuse, il n'y a que moi, qui peut être la petite personne qui va gérer sa vie en positif* » (P3). Un participant a évoqué sa capacité plus grande d'aller vers les autres : « *Avant j'étais plus comme je disais avec les amis, plus freiné d'aller vers les autres et là justement de voir qu'il y avait d'autres solutions que de rester renfermé, ce qui du coup me maintenait dans un certain confort, et que de voir qu'en s'éloignant un petit peu de cette zone de confort ça permettait de se sentir mieux quoi quelque part. Et de donner plus de sens* » (P5). Une autre a évoqué : « *C'est vrai que je fais plus front à mes responsabilités* » (P4).

Concernant cette action engagée dans une dynamique ayant du sens, plusieurs participants évoquent le caractère aidant des « petits pas », caractérisant des « actions sortant de la zone de confort habituelle » de séances en séances. Une participante évoque ainsi : « *A chaque fin de séance on finissait souvent par une matrice, et du coup chacune on prend un problème qui nous est propre et elles nous demandent de faire un petit pas, donc la semaine d'après on leur dit si on a fait ce pas là ou pas...une chose qui ne nous est pas forcément facile de faire mais qu'on se dit que ça on le fait, donc c'est un petit pas après l'autre au final on se rapproche de la personne qu'on veut être et on s'éloigne de nos cercles vicieux.* » (P9).

Meilleure connaissance de soi et amélioration du fonctionnement global.

La majorité des participants a évoqué spontanément une meilleure connaissance d'eux-mêmes. De la même façon, la majorité des participants a évoqué un fonctionnement global différent. Ces deux éléments apparaissent guidés par un ancrage sur le moment présent, une attitude d'ouverture, des stratégies de défusion cognitive et une analyse plus grande ses situations par le biais de la matrice. Ils ont ainsi rapporté : « *Je suis complètement différente de quand j'ai commencé la thérapie. C'est pas spécialement des changements, c'est ma façon d'appréhender les choses juste j'ai une vision différente de quand j'ai commencé la thérapie.* » (P2) ; « *La thérapie en fait c'est une révélation de moi même... La prise de conscience par rapport à moi même, mon propre recul sur mes émotions, ça fait boule de neige en fait* » (P6) ; « *J'apprends à mieux me connaître, ça c'est important ; et à mieux comprendre mon fonctionnement par rapport aux émotions.* » (P5) ; « *Une dispute avec mon conjoint ça prenait toute la place et j'étais incapable le lendemain de parler du même sujet plus posément, là j'ai dépassé ma façon de fonctionner.* » (P3).

THEME II : EFFETS ET PROCESSUS RELATIONNELS MIS EN JEU

Compétences relationnelles acquises aidantes.

La totalité des participants a évoqué des compétences relationnelles acquises et aidantes par une amélioration de l'affirmation de soi, de la gestion du conflit et des situations relationnelles difficiles. La totalité d'entre eux évoque la recréation de liens sociaux, pouvant se mettre en place par plusieurs biais (ancrage dans le moment présent, régulation émotionnelle, analyse de la situation par le biais de la matrice). Les patients ont évoqué : « *Se sentir à nouveau capable de reprendre contact avec de nouvelles personnes* » (P3) et ainsi acquérir un plus haut niveau de liens sociaux : « *Déjà au niveau social, j'arrive mieux à aller vers les autres et être positive. Du coup je me sens apte à reprendre le travail petit à petit. Et j'arrive à sortir de chez moi.* » (P2)

La majorité des patients a décrit mieux gérer les situations de conflit : « *Si y'a des conflits avec mon petit...je sais qu'il faut simplement agir et qu'après ça ira mieux... avec du temps ça peut passer quoi, ça va pas ensevelir toute ma vie quoi* ». (P4) ; « *Dans mes relations avec mes parents, je suis moins irritable donc du coup on se dispute moins. Il y a moins de tension voilà... les relations avec les autres oui qui sont plus sereines.* » (P5) ; « *Dans les conflits avec mon conjoint je sais un petit peu plus m'exprimer. Je peux m'imposer un petit peu plus mais pas dans la violence et pas dans les cris* ». (P3)

Tous les participants ont évoqué leur place dans la société, plusieurs d'entre eux ont évoqué avoir le sentiment de se redonner une place dans la société : « *on finit par reprendre sa place dans la société ou dans le couple, on reprend confiance* » (P3).

La majorité des participants a évoqué l'importance nouvelle donnée à l'ouverture à l'autre et au fait d'aider et de donner à autrui, permettant de retrouver un sentiment d'utilité : « *Mentalement je me suis senti l'envie de venir en aide à mon prochain et de pouvoir aider avec mes moyens* » (P6) ; « *Il faut pas attendre de recevoir, il faut donner, donc de voir qu'en fin de compte on a tous des choses à donner, quand on est mal c'est sûr qu'on donne moins, mais de donner aux autres, qu'on sert à quelque chose, qu'on n'est pas inutile, qu'on peut servir ... elle nous faisait beaucoup de croquis et tout ça et dans les croquis il y avait ce fameux petit bonhomme, qu'il y avait de flèches qui étaient vers le bonhomme, ... pour moi ce petit bonhomme, c'était le bonhomme utile qui sert à quelque chose, qui donne de l'amitié, de l'amour, de l'argent, peu importe ce qu'il donne mais en fin de compte, qu'on peut servir à quelque chose.* » (P3)

Entité groupale utile à l'évolution.

Neuf participants, ont perçu la modalité de groupe comme utile à son évolution.

Ils ont évoqué le partage d'expérience la création de liens, l'écoute, l'entraide, les réactions bienveillantes et motivantes des autres, et le non jugement comme des facteurs favorisant leur amélioration : « *D'avoir l'expérience des autres aussi ça aide à se sentir moins seule. Déjà il y a ça puis des fois, on se donnait des conseils mutuellement aussi, sans s'en rendre compte, puis du coup moi je me sentais moins seule, surtout c'était ça* » (P2) ; « *Il y avait ce regard de l'autre qui fait qu'on était bienveillants les uns sur les autres je pense, en se comprenant* » (P4) ; « *L'effet de groupe je trouve qu'il est positif, parce qu'on parle avec les autres, on se dit bah alors et toi ça t'a apporté quoi ? Et quand l'une flanche un peu et ben moi j'ai envie de lui dire, ben tu vas y arriver, fais un petit exercice de pleine conscience et tu vois, et l'autre dit : ben oui t'as raison* » (P3).

L'alliance thérapeutique favorisant l'efficacité du programme.

Deux participants sur dix se sont sentis inconfortables ou non en phase avec les thérapeutes, mais ont évoqué que cet inconfort était initial et s'est apaisé au fil des séances par la bienveillance, l'écoute et le sentiment d'appartenance au groupe. L'une explique cet inconfort par le fait d'aborder des données sur les CS, sujet initialement « tabou », puis en a décrit une habitude. L'autre l'explique par la découverte initiale du groupe, des thérapeutes et du programme qui s'est dissipée. La majorité des participants ont évoqué avec leurs mots la relation de confiance avec les thérapeutes, favorisant l'efficacité de la thérapie du programme. Ils ont fait part de la disponibilité et l'écoute empathique, avec revalorisation et expression de la valeur personnelle de chacun des thérapeutes : « *Je sentais pour ces personnes que c'était vraiment entendu et que c'était compris* » (P4).

Plusieurs évoquent le partage d'expériences personnelles du thérapeute comme processus identificatoire aidant : « *Ben en elle-même expliquant ses propres petites problématiques, qu'elle a vécu, on s'est reconnue dedans, et je pense que n'importe qui pourrait se connaître...on se retrouve, et le fait qu'elle le comprenne ou qu'elle le fasse partager, ne peut que nous réconforter, de dire ben si elle arrive à changer les choses ben on doit être capable aussi* » (P3). Le patient fait ici référence à la révélation sur soi choisie par le thérapeute, illustrant la voie thérapeutique proposée.

Plusieurs participants ont évoqué la conviction du thérapeute dans la thérapie proposée comme processus porteur et aidant : « *Elles y croyaient vraiment, voilà, elles sont pas juste là pour démontrer quelque chose qu'elles ont lu dans un livre quoi...au fil des séances moi j'ai compris qu'elles se l'appliquaient aussi... c'est des personnes comme nous qui utilisent une thérapie et des outils qui leur permettent de mieux gérer leur quotidien et le fait de voir que la personne le fait, et qu'elles ont cet élan et qu'elles y croient vraiment...* » (P4) ; « *Elle nous le dit avec conviction, et*

cette conviction finit par nous impacter et on se dit que si elle nous le dit avec tant de conviction, c'est qu'on en est capables nous aussi de parler avec conviction et de se dire avec conviction eh bah non, on va pas souffrir dans notre vie de ce truc là qui nous a blessé énormément sur le moment. Elles nous parlent avec conviction, elles y croient » (P3).

THEME III : CADRE DE LA THERAPIE

Cadre temporel avec exercices à mettre en place motivant et stimulant

La majorité des patients a exprimé une motivation à mettre en place les exercices proposés et les processus acquis durant la séance et à revenir à la séance suivante. Ils ont exprimé le cadre hebdomadaire de la thérapie était rassurant : *« Bah j'étais rassurée de me dire que chaque semaine il y avait la thérapie, j'avais plein de tuyaux pour m'aider à avancer, du coup ça m'a bien aidé ».* (P2) ; *« Chaque jeudi, c'est porteur, il y a le jour d'avant où l'on sait qu'on va y aller, puis le jour où on y va ... ça booste, ça met une piqûre de rappel et on sort on est gonflés à bloc, moi je trouvais que j'étais vraiment resourcée quand j'y allais, pendant 2 jours derrière j'étais bien resourcée, et cet élan était vraiment positif ».* (P4).

THEME IV : PERCEPTION ET GESTION DES CS ET AUTODOMMAGEABLES

Perception des CS et gestion des idées suicidaires modifiée par la thérapie

Neuf participants, ont évoqué une perception modifiée des CS suite au programme. Cette modification a été expliquée par les participants comme une régression du sentiment de culpabilité face au geste passé, par la majoration de l'acceptation de la maladie. Elle a aussi été expliquée, par la moitié des patients, par l'amélioration de la compréhension du trouble, d'une part par les connaissances théoriques enseignées, permettant la rupture du sentiment de solitude face à la maladie. La compréhension de la genèse des idées suicidaires par le biais notamment de la matrice a été perçue comme aidant par la majorité des patients. Les patients ont exprimé comment le fait de lutter contre leurs expériences mentales douloureuses pouvait majorer leur présence et conduire à la genèse des CS. Une participante a notamment expliqué comment l'acceptation a pu lui permettre de modifier ses comportements : *« Ben la conduite suicidaire, en général on y vient pour s'enlever une douleur, ou la faire diminuer. Si on apprend à mieux gérer la douleur, on sait que c'est un pic, quel le pic il doit passer, on sait que ça ne va pas durer toute notre vie comme ça au final, je pense qu'au départ quand il y a une conduite suicidaire c'est parce qu'on se dit qu'il n'y a rien qui peut changer, que ce sera comme ça ad vitam eternam, au final, la thérapie ça nous a bien appris que ce n'est qu'un pic, que ce pic il passe qu'après ça se réduit la douleur, donc au*

final, on a conscience à la fin, que c'est juste quelques minutes, quelques heures au grand maximum à passer, qu'après ça va passer et qu'il faut juste tenir. » (P9).

Les connaissances théoriques et scientifiques sur les CS ont été rapportées aidantes, par la regression du sentiment de solitude et la culpabilité face au geste, la permission de compréhension et l'acceptation de la maladie, comme rapporté : « *D'apprendre qu'il y avait une partie génétique et tout ça, ben je me culpabilisais moins, parce que je me disais que ça ne venait pas de moi, que c'était pas spécialement que de ma faute d'avoir des idées suicidaires. Evalueur : Et de quelle manière ça a été possible ça ? Patient : Bah avec tout ce qu'on a appris et puis en acceptant que ça dépendait pas que de moi le fait que j'avais des idées noires, en fait. Ça dépend de l'environnement social, du vécu, des trucs dans les gènes, je ne savais pas que c'était dans les gènes en fait, qu'on pouvait avoir des gènes qui ont été plus disposés à faire des tentatives de suicide. » (P2) ; « *J'accepte plus ma maladie » (P4) ; « *Ils ont raison d'en parler, parce que ça nous fait prendre conscience qu'on est vraiment pas seuls, qu'il y a beaucoup de monde qui en vient là, dans toutes les tranches d'âge , que ça soit hommes ou femmes, on se rend compte vraiment que c'est pas quelque chose où il y a très peu des gens qui en ont recours , au contraire, après le plus intéressant pour moi ça a été l'avant dernière ou la dernière séance , ils nous ont expliqué nos traitements, enfin bon moi j'en n'ai pas mais pour les autres filles elles ont expliqué leur traitement, c'est vrai que c'est bien, on sait ce qu'on ingère . Moi je c'est que c'est vrai que quand j'ai vu qu'on m'avait prescrit un antipsychotique, j'avais encore moins envie de le prendre du coup. Ça nous permet de mieux comprendre et de mieux contrôler. » (P9).***

Plusieurs ont spontanément évoqué l'acte suicidaire comme inenvisageable à l'heure actuelle, notant : « *On se dit, est-ce qu'aujourd'hui t'es capable de le faire ? Bah non. Parce que la vie c'est pas ça. C'est pas la mort, la mort elle viendra un jour, mais c'est pas nous, on est maître de notre vie mais pas de notre mort ».* (P3).

Pour la totalité des patients, la gestion des idées suicidaires sera différente à l'avenir grâce au programme.

Les participants ont fait part de la façon dont le programme leur a permis de comprendre la genèse des idées suicidaires, et d'apprendre à les gérer (par la régulation émotionnelle et les stratégies de defusion de la pensée, de tolérance à la détresse, l'utilisation de la matrice) . A l'évocation des idées suicidaires une participante exprime : « *Ben déjà j'espère que j'en n'aurai pas de nouveau et si ça venait à arriver j'attendrais pas que ça prenne trop d'ampleur en fait, dès que j'aurai une pensée d'idée de suicide, je pense que j'en parlerai directement, je laisserai pas le truc prendre de l'ampleur en fait, parce que c'est ce que j'ai fait, j'ai eu les idées et au lieu d'éviter de les avoir j'ai alimenté les idées chaque jour et des semaines. Alors que là non, je ferai pas ça, puisque je*

sais qui il y a la possibilité de plus les avoir. » (P2) ; une autre : « Oui depuis je vais pas jusque là , mes idées vont pas jusque là, puisqu'avant je me pose, je me dis « pourquoi ? », du coup ça me stoppe dans mes divagations, du coup je vais pas penser à prendre quelque chose... ça a pu me traverser l'esprit à des moments mais à aucun moment j'ai eu besoin de me retenir en me disant, non tu les prends pas ces cachets... j'y pense pas en fait, parce que moi ces idées suicidaires c'est vraiment le fait de me dire, je vais arrêter cette douleur, c'est pas le fait de me dire que je vais mettre fin à ma vie quoi » (P4); un autre : « j'arrive à percevoir d'autres solutions en fait que les idées suicidaires , alors qu'avant, je ruminais, j'y pensais, alors que là j'y pense plus et ça m'a tellement permis déjà de mieux comprendre le fonctionnement par rapport à ces idées là, qui était qu'on était dans un cercle vicieux, dans des ruminations, ce qui aujourd'hui n'est plus la cas » (P5) ;

Plusieurs participants évoquent également la diminution des comportements autodestructeurs par l'amélioration de la compréhension et de régulation émotionnelle : *« Bah je suis beaucoup plus heureuse de jour en jour. Lorsqu'il y a une dispute avec mon copain je ne me tape la tête contre les murs, il n'y a plus de de gestes d'auto flagellation. J'ai encore un petit peu de mal à gérer un petit peu les émotions mais voilà, l'idée, le geste suicidaire n'est plus là. Les gestes pour me faire du mal ne sont plus présents. » (P3) ; « Moi les idées suicidaires encore c'est pas ce qui me venait en premier, c'est plus les scarifications que je faisais énormément, et qu'il n'y a plus depuis et que j'en ressens beaucoup moins le besoin. » (P9)*

THEME V : PERCEPTION DES SERVICES DE SOINS EN SANTE MENTALE

Six participants, ont décrit percevoir les services de soins en santé mentale différemment suite au programme. Ils y voient désormais un recours plus facile, ou ont expliqué s'être encore plus engagé dans le soin. Plusieurs participants ne les perçoivent pas différemment, en ce qu'il présentait une grande confiance antérieure en ces services, une autre en ce que la crainte des hospitalisations persiste. Plusieurs participants ont évoqué leur méconnaissance antérieure sur l'aide apportée sur des programmes de psychoéducation plutôt que sur des stratégies médicamenteuses seules. Il est exprimé dans plusieurs entretiens une désacralisation et destigmatisation des services de soin en santé mentale. Une participante exprime ainsi : *« Ben j'aurai plus de facilité à contacter quelqu'un plutôt que ne pas le faire. Alors qu'avant j'aurais pas osé aller aux urgences psychiatriques, ou appeler les pompiers ou faire tout ça en fait, que maintenant je sais que je peux le faire plus facilement si jamais il y a quelque chose de désagréable qui se présente à moi et que je n'arrive pas à le gérer. » (P2)*

2.2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens du groupe relaxation

Tous les participants rapportent une expérience positive du programme, le caractérisant de « rassurant » (R1), et une participante (R1) recommande spontanément ce programme (sans question de l'évaluateur à ce sujet). A noter cependant que sur 14 patients consécutivement inclus dans le groupe relaxation seuls 8 ont assisté de façon effective à plus de 2 séances de relaxation, les autres ont arrêté et n'ont pu être évalués car perdus de vue. Les entretiens du groupe relaxation portent donc sur les patients ayant pu être évalués.

Quatre participants, ont rapporté une évolution positive de leur santé psychologique depuis le début du programme.

Sept participants, ont évoqué un programme aidant. La dernière le jugeant non aidant en ce qu'elle connaissait déjà les outils de relaxation présentés.

Quatre participants, ont évoqué le programme comme améliorant leur qualité de vie.

Le tableau ci après regroupe les réponses fournies aux questions binaires posées durant l'entretien pour les patients du groupe relaxation :

ITEMS / PATIENTS	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Total
O : Oui / N : Non / NSP : Ne Sait Pas									/8
IMPRESSIONS sur le PROGRAMME									
Evolution positive de la santé psychologique	O	O	O	N	O	N	NSP	N	4/8
Programme aidant	O	O	O	NSP	O	O	O	O	7/8
Amélioration de la qualité de vie	O	O	O	N	O	N	N	N	4/8
PROCESSUS THERAPEUTIQUES									
Changements dans la vie	O	O	N	O	O	N	N	N	4/8
Actions mises en place	O	O	O	N	O	N	N	O	5/8
Problèmes résolus	O	O	O	N	N	O	N	O	5/8
Perspective du futur changée	O	NSP	O	N	N	O	N	N	3/8
Changement du sens de la vie	N	NSP	O	N	N	N	N	N	1/8
IMPACT des THERAPEUTES									
Impact sur la manière de penser	O	O	O	O	N	N	O	N	5/8
Impact sur la manière de ressentir	N	O	N	O	N	N	NSP	N	2/8
Impact sur la perception des pensées /émotions	O	NSP	NSP	N	N	O	O	N	3/8
Impact sur la gestion des pensées / émotions	O	NSP	O	N	O	O	N	O	5/8
Sur la capacité de gestion des problèmes	O	O	O	O	N	O	N	O	6/8
GESTION DES CS et PERCEPTION des SERVICES de SOIN									
Perception différente des CS	N	O	N	N	N	N	N	N	1/8
Gestion des idées suicidaires différemment	O	N	O	N	N	N	N	O	3/8
Perception différente des services de soins	O	N	N	NSP	O	O	N	O	4/8
RELATION THERAPEUTIQUE									
Inconfort avec les thérapeutes	O	N	N	N	O	N	N	N	2/8
FORMAT GROUPAL									
Modalité de groupe utile à l'évolution	O	O	O	O	O	O	O	NSP	7/8

THEME I : EFFETS ET PROCESSUS EMOTIONNELS, COGNITIFS et COMPORTEMENTAUX DES SESSIONS DU GROUPE RELAXATION

Cinq participants sur huit évoquent que les animatrices ont eu un impact sur leur manière de penser.

Deux participants évoquent que les animatrices ont eu un impact sur leur manière de ressentir.

Trois participants évoquent que les animatrices ont eu un impact sur la perception qu'ils ont de leurs pensées et de leurs émotions.

Cinq participants évoquent que les animatrices ont eu un impact sur leur manière de gérer leurs pensées et leurs émotions.

Six participants évoquent que les animatrices les ont amenés à résoudre les problèmes d'une nouvelle manière.

Pratique de la relaxation comme compétence de tolérance à la détresse par la gestion du stress.

Tous les participants ont évoqué la pratique de la relaxation comme leur permettant d'accéder à une gestion du stress efficace par des techniques spécifiques de respiration et de contrôle des tensions musculaires visant à atteindre un état de relaxation. Ainsi les participants rapportent : « *Ca consistait à des techniques de relaxation, notamment des techniques de respiration, on a beaucoup travaillé sur la respiration... On a travaillé sur des exercices de relaxation et aussi sur des exercices d'automassage* » (R6) ; « *En contrôlant la respiration on arrive à être plus calme, plus apaisé, plus serein...* » (R3) ; « *Le fait de me poser, de faire des techniques de relaxation, c'est des trucs que j'avais pas avant, du coup je me laissais emballer, bah du coup ça melaissent des techniques, quand je vais sentir que je me sens emportée par mes émotions, là je vais avoir une solution à poser dessus, alors qu'avant j'en avais pas* » (R8).

Trois participants ont établi être moins anxieux par le biais de cet outil ; un avoir un sommeil amélioré ; un, une majoration de l'énergie dans la suite directe des séances. Les participants n'évoquaient pas de réduction de leur tristesse suite au programme.

La moitié des participants a noté par ce biais un accès à l'évitement des pensées anxiogènes : « *Ça permet de penser à autre chose, ça permet d'éviter de se rappeler les souvenirs qui justement nous angoissent ou nos appréhensions.* » (R5) ; « *On vous apprend quand même à sentir votre code d'alerte enfin le moment où vous ne vous sentez pas très très bien, à apprendre à maîtriser un peu ses émotions à pouvoir faire, comme je vous dis, une abstraction, un petit peu, de tout le contexte extérieur.* » (R1)

Une participante a noté la majoration par ce biais de la focalisation attentionnelle.

« Il y a aussi le fait qu'effectivement dans certaines situations, pouvoir se concentrer uniquement sur sa respiration ou sur le mouvement de son ventre c'est une aide, ça apaise un peu le quotidien. » (R5).

Deux participants soulignent la nécessité de régularité pour obtenir des bénéfices, devenant un automatisme.

Attribution de sens à la vie majoritairement inchangé.

Sept participants n'ont pas attribué de modification du sens de leur vie. Seule une participante a attribué un sens différent à sa vie, de par une gestion du stress efficace et ainsi une sérénité plus grande dans sa vie.

« *Evaluateur : Comme conséquence de la thérapie, est-ce que le sens que vous attribuez à votre vie il a changé ?*

Patient : Bah oui il est plus positif. Je me dis que ma vie du coup elle peut être moins stressante et du coup ça me rend moins stressée, ça me rend mieux, ouais plus sereine. Après par rapport au sens de la vie, enfin plus de positif, moins d'anxiété, c'est vrai qu'on n'a pas envie de vivre dans une vie tout le temps stressant, en sachant que ça peut être moindre ces effets là, c'est plus agréable de continuer à vivre comme ça. » (R3)

Developpement d'états affectifs positifs.

Trois participantes ont évoqué une amélioration de l'estime d'elles mêmes, de l'autocompassion par le biais d'un abaissement du niveau d'anxiété globale.

« *Ça a donné quelques clefs pour en soi se sentir un peu mieux dans ses chaussures, enfin voilà. ...juste les exercices d'origine, se calmer respirer » (R5).*

Trois participantes ont noté une majoration de l'optimisme général.

« *Evaluateur : Est-ce que les animateurs ils ont eu un impact sur notre manière de penser ?*

Patient : Oui quand même, de rester positif quoi qu'il arrive, oui oui oui » (R2).

Perception du futur majoritairement inchangée.

Cinq participantes ont décrit une perspective du futur inchangée ou ne savent pas.

Trois participantes ont décrit une perspective différente du futur, s'y projetant soit de manière plus positive par un abaissement du seuil d'anxiété globale, soit y voyant la possibilité de mieux savoir résoudre leur niveau de détresse anxieuse.

Mise en place de nouveaux comportements, ou nouvelles actions, pour une moitié des participantes, centrés essentiellement sur la mise en place d'exercices de relaxation.

Quatre participants ont fait des changements dans leur vie.

Cinq participants ont mis en place des actions différentes dans leur vie.

Cinq participants ont résolu des problèmes dans leur vie impossible à résoudre sans la thérapie.

Les changements et actions évoquées spontanément sont pour la plupart la mise en place d'exercice de tolérance à la détresse, à type de relaxation en condition de stress. Aucune participante n'a évoqué de changement concret dans sa vie quotidienne. Ainsi, les participants évoquent les actions mise en place en condition de stress : « *Ben j'essaye de respirer un peu plus quand je suis au volant* » (R4) ; « *Ben il y a eu un moment où j'ai eu de fortes émotions, où je sentais que mon cœur palpitait, j'étais en panique totale et j'ai réussi à m'arrêter un instant et j'ai fait justement les techniques de relaxation que j'ai appris, chose que j'aurai jamais fait avant quoi... j'étais en détresse complète mais ça m'a un peu calmé oui* » (R8).

Seule une participante s'évoque suite au programme, plus actrice de sa propre vie.

« *Si vous n'y prenez pas garde c'est elle (i.e, la douleur) qui va prendre le dessus, alors qu'aujourd'hui, par rapport à toute cette thérapie entreprise et tout, c'est pas elle qui va prendre dessus, c'est moi qui vais prendre le dessus sur elle* » (R1)

Ouverture à l'expérience intérieure.

Seule une participante du groupe relaxation évoque faire preuve d'un accueil plus grand des ses émotions et des problématiques qui s'imposent à elle. Elle exprime ainsi « *Faire des abstractions sur certaines choses et les laisser telles qu'elles sont parce qu'elles sont négatives et qu'elles ne m'apportent rien ...en essayant de pas paniquer...En prenant les choses toujours avec du recul* » (R1).

Prise de temps pour soi.

Plusieurs participants ont évoqué la prise de temps pour soi comme processus aidant : « *Prendre un certain temps et ne se focaliser sur une seule chose et une chose qui est entre guillemet moi, ça je le faisais pas forcément avant la thérapie* » (R5)

THEME II : EFFETS ET PROCESSUS RELATIONNELS MIS EN JEUX

Le retour des participants du groupe relaxation était fortement centré sur l'aspect aidant de l'entité groupale ainsi que les éléments mis en jeux dans l'alliance avec le thérapeute.

Gestion des conflits et recouvrance d'une place dans la société.

Seule une participante a évoqué une amélioration de la gestion des conflits et le fait de retrouver une place dans la société. La majorité des participants n'ont pas abordé avoir eu le sentiment d'acquiescer une place nouvelle dans la société.

L'entité groupale.

Sept participants, ont perçu la modalité de groupe comme utile à leur évolution.

Quatre participants ont évoqué la création de liens dans le groupe, le partage d'expérience, l'entraide, la bienveillance, le non jugement et la rupture du sentiment de solitude comme des processus aidants. Ainsi, elles expriment : « *Il y avait une envie de partage et aussi de protection* » (R5) ; « *C'était bien pour échanger avec des gens qui avaient vécu la même chose que moi. De pas être jugée, ça c'est important* » (R4) ; « *De savoir que vous n'étiez pas toute seule, qu'il y avait un lieu où vous pouviez être dans le non jugement et exposer un petit peu ce que vous aviez à dire* » (R4).

L'alliance thérapeutique.

Deux participants se sont parfois sentis inconfortables ou non en phase avec les thérapeutes, expliquant que ce sentiment d'inconfort pouvait être dû à une appréhension qui s'est dissipée, au fil de la séance, soit à une fusion avec leurs soucis qu'elles n'ont pas réussi à dépasser durant la séance. Tous les participants ont évoqué l'impact positif de la relation thérapeutique, d'écoute empathique, comme processus accompagnant l'efficacité de la thérapie.

Deux participantes ont également évoqué le processus identificatoire au thérapeute comme aidant. « *Elles étaient toujours très positives, très souriantes, c'était vraiment un bonheur d'être avec elles à chaque fois, elles avaient toujours un mot gentil, j'ai perdu ma maman et du coup c'était pas comme mes mamans mais c'était agréable d'avoir des personnes qui aient toujours un petit mot gentil toujours présentes, ça faisait du bien quoi, et par rapport à ma façon de penser, je pourrai prendre exemple sur elle, d'être toujours positives* » (R3).

THEME III : CADRE DE LA THERAPIE

Quatre participantes ont évoqué aidant le fait de savoir qu'elles allaient retrouver le groupe chaque semaine, décrivant une réassurance, un soutien, une motivation par ce biais. Une a évoqué un cadre non aidant de par une mauvaise organisation. Une participante exprime ainsi : « *C'est un petit cheminement, déjà tous les jeudis vous arrivez avec le sourire, on papote, on s'installe dans la salle et après on fait un replay de ce qu'on a fait la semaine d'avant, donc si vous n'y avez pas*

pensé et bah forcément vous êtes incapable de dire ce qu'on a fait la semaine d'avant, et comme vous y avez pensé vous êtes vraiment contente parce que en fait vous pouvez dire : j'ai refait ça, la respiration en rectangle c'est dur pour moi » (R1)

Quatre participantes ont rapporté que le fait de faire des exercices, et le caractère progressif de ceux-ci dans la difficulté, et le fait d'avoir à les mettre en place d'une semaine à l'autre a créé chez elle une motivation à les expérimenter. Ainsi une participante exprime : « *Chaque personne disait qu'elle faisait chez elle la relaxation etc donc du coup on est là : super, c'est bien que je le fasse moi aussi, ça me motivait en fait » (R3)*

THEME IV : PERCEPTION ET GESTION DES CONDUITES SUICIDAIRES

Sept participantes ont évoqué une perception inchangée des CS suite au programme. Les participantes ont exprimé pour la grande majorité que le programme n'a eu aucun impact, déplorant ne pas avoir abordé ce versant ou une inefficacité des techniques de relaxation sur la gestion des CS. Ainsi une participante exprime : « *Tout ce qui est relaxation n'a jamais eu d'impact sur les conduites suicidaires » (R7)*. Seule une participante évoque une perception modifiée par le biais de la gestion du stress lui permettant d'être plus apaisée et de ne pas avoir besoin de recourir aux CS.

En ce qui concerne la gestion des idées suicidaires, de la même façon, cinq participantes, ont évoqué une gestion des idées suicidaires inchangée suite aux sessions. Seules deux évoquent une amélioration de la gestion de celles-ci, l'une expliquant une gestion des situation de stress plus efficace et ainsi une régression des idées suicidaires ; l'autre expliquant ne plus souhaiter en avoir, et penser les gérer autrement. « *J'espère déjà ne plus en avoir, oui mais je pense que je les gérerai autrement oui, mais je ne veux plus en avoir, il y'a une part qui est guérie mais il y a l'autre part qui reste quand même en veille, en se disant fais attention, tu as quand même fait ça » (R1)*

THEME V : PERCEPTION DES SERVICES DE SOINS EN SANTE MENTALE

La moitié des participants, perçoivent les services de soin en santé mentale différemment. Deux d'entre-elles ont exprimé la permission par le programme d'une désacralisation et destigmatisation des services de soin en santé mental. Un sujet a évoqué un recours actuel plus facile. Deux d'entre elles ont évoqué un apprentissage de nouvelles techniques, autres que médicamenteuse, pour enrayer les problématiques psychiques, l'une a ainsi exprimé : « *J'ai appris qu'il y a d'autres techniques, qu'il n'y a pas que les médicaments , qu'il y a d'autres techniques*

pour améliorer la santé mentale » (R6). Deux d'entre elles n'ont pas évoqué de modification en ce que leur perception était déjà celle d'une utilité.

2.3. Comparaison de l'analyse thématique des entretiens des groupes relaxation et PEPSUI

ITEMS / PATIENTS	PEPSUI	RELAXATION
Nombre de Oui	/10	/8
IMPRESSIONS sur la THERAPIE		
Evolution positive de la santé psychologique	10/10	4/8
Thérapie aidante	10/10	7/8
Amélioration de la qualité de vie	9/10	4/8
PROCESSUS THERAPEUTIQUES		
Changements dans la vie	9/10	4/8
Actions mises en place	8/10	5/8
Problèmes résolus	9/10	5/8
Perspective du futur changée	8/10	3/8
Changement du sens de la vie	8/10	1/8
IMPACT des THERAPEUTES		
Impact sur la manière de penser	10/10	5/8
Impact sur la manière de ressentir	8/10	2/8
Impact sur la perception des pensées /émotions	9/10	3/8
Impact sur la gestion des pensées / émotions	9/10	5/8
Sur la capacité de gestion des problèmes	9/10	6/8
GESTION DES CS et PERCEPTION des SERVICES de SOIN		
Perception différente des conduites suicidaires	9/10	1/8
Gestion des idées suicidaires différemment	10/10	3/8
Perception différente des services de soins	6/10	4/8
RELATION THERAPEUTIQUE		
Inconfort avec les thérapeutes	2/10	2/8
FORMAT GROUPAL		
Modalité de groupe utile à l'évolution	9/10	7/8

Similitudes entre les groupes de thérapie.

Le programme s'est montré aidant que les patients soient alloués au groupe relaxation ou au groupe intervention PEPSUI. Tous les participants du groupe PEPSUI et la majorité des participantes du groupe relaxation ont trouvé la thérapie aidante, si ce n'est une patiente, ayant déjà bénéficié des techniques de relaxation et n'y ayant pas trouvé de réel apport. Néanmoins, nous verrons dans la partie suivante, que cette aide n'est pas apparue dans les mêmes domaines, et n'est pas sous tendue par les mêmes mécanismes. Elle n'a ainsi pas les même implications en termes de vulnérabilité suicidaire, de gestion des CS et de perception globale de la vie.

La totalité des participants du groupe relaxation et plusieurs patients du groupe PEPSUI, ont évoqué l'acquisition de compétences de gestion du stress et de tolérance à la détresse, leur permettant d'échapper à un état de souffrance émotionnelle à la suite des sessions groupales.

La majorité des participants du groupe intervention PEPSUI, ainsi que quelques patients de groupe relaxation, ont évoqué suite au programme le développement d'une affectivité positive. Néanmoins, nous verrons en suivant que les mécanismes sous tendant ces développements ne sont pas les mêmes et par ailleurs le développement de cette affectivité positive a été révélé dans une moindre mesure dans le groupe relaxation.

La majorité des patients du groupe PEPSUI, ont effectué des changements, des actions, et résolu des problèmes suite au groupe, ainsi qu'une moitié des participants du groupe relaxation. Néanmoins, une fois encore, nous verrons en suivant que les modalités de changement et de résolutions de problèmes et les domaines impliqués sont différents et n'ont pas les mêmes impacts en termes de qualité de vie.

La majorité des participants du groupe PEPSUI, évoque une meilleure connaissance d'eux même suite au programme. De la même façon, certaines participantes du groupe relaxation évoquent également un gain dans l'estime d'elles mêmes et la confiance en elle, néanmoins, ceci apparaît moins fréquemment pour ce groupe. Ainsi les patients expriment : *« ça a donné quelques clefs pour en soi se sentir un peu mieux dans ses chaussures, enfin voilà... se calmer respirer... » (R5)* ; *« je me faisais peur, je ne me faisais plus confiance...cette confiance en moi qui revient » (P4)*.

Concernant la perception des CS, la quasi totalité des participants du groupe PEPSUI, et seulement une minorité des patients du groupe relaxation perçoivent et pensent pouvoir gérer les CS différemment dans le futur, néanmoins, une fois de plus, les mécanismes sous tendant ces changements sont encore une fois différents, comme nous le verrons ci-après.

Un processus aidant commun à l'ensemble des deux groupes, relaxation et PEPSUI, a été la création d'une relation de confiance avec les thérapeutes. Leur disponibilité, leur écoute empathique a été authentifiée comme facteur de soutien favorisant l'aide perçue dans les deux groupes. Certains participants dans les deux groupes évoquent également le processus identificatoire au thérapeute comme processus aidant.

Un autre processus aidant pour la majorité des patients, appartenant indifféremment aux deux groupes est marqué par la formation de l'entité groupale, perçue comme un espace de partage d'expériences, de soutien, de bienveillance et de non-jugement, permettant une rupture du sentiment de solitude face à la pathologie et une motivation à la mise en place des exercices proposés. Une participante a exprimé : *« Puisqu'il y a un échange, et on voit si les autres piochent*

ou pas, donc il y a quelque chose de concret puisqu'on est concrètement toutes ensemble dans le même le même chemin, on est là pour quelques chose de concret, de voir changer notre façon de voir les choses négativement, de les voir autrement, donc il y a un échange avec les autres, elle savent ce que c'est d'avoir les idées suicidaires parce qu'elles ont le même cheminement, donc il y a une synergie qui est là, je suis sûre que cette synergie, en individuel, je ne l'aurais pas eu. » (P3) ; une autre : « Comme on était en petit groupe justement, on avait l'occasion de parler, de connaître un peu les soucis des autres... il y avait des échanges et on était pas seuls... On avait tous besoin de sortir quelque chose et c'était bien de le sortir à des personnes qui nous écoutaient et qui n'étaient pas forcément du domaine médical. » (R5)

Les participants ont souligné, indifféremment dans les deux groupes, l'apport bénéfique du cadre hebdomadaire du programme et du caractère actif comme facteur de motivation au changement. Une participante exprime ainsi : « *Déjà une fois par semaine, avoir un groupe, pouvoir s'exprimer et de savoir qu'il y a un programme qui est daté, donc ça nous pousse vraiment à faire les exercices parce qu'on sait qu'il y a une date butoir où le groupe va s'arrêter, et si on fait pas le travail, on se dira ben après y'a plus personne derrière* » (P3), et une autre : « *ben c'est un petit cheminement, déjà tous les jeudis vous arrivez avec le sourire, on papote, on s'installe dans la salle et après on fait un replay de ce qu'on a fait la semaine d'avant, donc si vous n'y avez pas pensé et bah forcément vous êtes incapable de dire ce qu'on a fait la semaine d'avant, et comme vous y avez pensé vous êtes vraiment contente parce que en fait vous pouvez dire : j'ai refait ça, la respiration en rectangle c'est dur pour moi* » (R1).

Légèrement plus de la moitié des patients du groupe PEPSUI, et légèrement moins d'une moitié des patients du groupe relaxation a évoqué une perception des services de soin en santé mentale différente suite au programme. Ils y voient désormais un engagement et un recours plus facile, grâce aux outils proposés et à l'alliance créée avec les thérapeutes. Plusieurs participants évoquent leur méconnaissance antérieure sur l'aide apportée sur des programmes de psychoéducation, et de relaxation plutôt que sur des stratégies médicamenteuses seules. Il est exprimé dans plusieurs entretiens une désacralisation et destigmatisation des services de soins en santé mentale par le biais de l'intégration du groupe hebdomadaire. Le restant des participants n'a pas perçu les services de soins différemment, soit parcequ'ils présentaient une grande confiance antérieure en ces services, soit sans en donner d'explications.

Différences entre les groupes de thérapie.

Bien que nous puissions retrouver des processus convergents entre les groupes intervention PEPSUI et relaxation, des zones de divergences bien plus nombreuses existent.

La totalité des participants du groupe PEPSUI a évoqué un accès à une régulation émotionnelle efficace par le biais de la pleine conscience, thématique n'étant aucunement abordée dans le groupe relaxation. L'accès à l'ancrage dans le moment présent a permis une diminution de l'intensité de la colère, de la tristesse, du désespoir, du sentiment d'adversité sociale ; autant de dimensions de vulnérabilités suicidaires améliorées, n'apparaissant pas dans le groupe relaxation. De plus, les participants du groupe PEPSUI ont tous évoqué l'acceptation, l'ouverture à l'expérience, comme leur permettant d'accéder à la régulation émotionnelle alors que les quelques participants évoquant avoir accédé à une prise de recul sur leur pensées et leur émotions dans le groupe relaxation l'ont fait, soit en ne sachant pas exprimer les processus mis en jeu, soit par le biais de l'évitement expérientiel, c'est à dire en tentant de contrôler, de supprimer, ce qu'il ne souhaitaient pas penser et ressentir. Certains patients du groupe PEPSUI, ont eux, décrit avoir acquis l'expérience que tenter de lutter contre les pensées et les émotions les renforçait. Les approches sont fondamentalement différentes, comme décrit par une participante du groupe relaxation qui évoque l'évitement expérientiel et la lutte contre ce qu'elle ne souhaite pas ressentir : « Ça permet de penser à autre chose, ça permet d'éviter de se rappeler les souvenirs qui justement nous angoissent ou nos appréhensions. » (R5) et le processus mis en jeu dans le groupe PEPSUI : « enfin pas penser à autre chose, parce qu'on disait que c'est pas ce qui faut faire, pas penser à autre chose parce que c'est là, ça existe, donc effectivement on ne peut pas le nier » (P4) ; « j'ai appris à prendre conscience de cette douleur qui doit pas prendre toute la place, et ne pas pourrir la vie » (P3). Ainsi, dans le groupe PEPSUI, il s'agit d'une modification apparue dans le rapport avec les pensées et les émotions, avec une plus grande acceptation de celles-ci, induisant chez la grande majorité des participants un impact sur la manière de penser, de ressentir, de percevoir les pensées et les émotions. Contrairement au groupe PEPSUI, dans le groupe relaxation, une minorité des patients a montré un changement dans ce rapport et ceux qui l'expriment notent uniquement une capacité de gestion du stress acquise. Seule une participante du groupe relaxation évoque la notion d'ouverture, d'acceptation de l'expérience. Par ailleurs, à l'évocation de l'impact des thérapeutes sur le ressenti, la perception, gestion des émotions, la plupart des patients du groupe PEPSUI ont centré leur discours sur les compétences acquises en regard des émotions et pensées, alors que la majorité des participants du groupe relaxation a spontanément centré leur discours sur l'impact de l'alliance thérapeutique.

Ensuite, dans le groupe relaxation, la tolérance aux situations de stress est apparue majorée, et la gestion du stress plus efficace, par le biais des exercices de relaxation (i.e. techniques respiratoires, automassages) qui apparaissent comme des outils de tolérance à la détresse efficaces. Ces outils de tolérance à la détresse sont dans le groupe PEPSUI, multiples et individualisés et leur mise en place a été évoquée par les participants dans le but de traverser un état de détresse émotionnelle importante. Les participants ont par ailleurs décrit avoir pris conscience que ces techniques ne permettaient pas une régulation émotionnelle de fond.

De plus, dans le groupe PEPSUI, les patients ont pour la grande majorité évoqué l'aide apportée par la matrice, et les stratégies de défusion de la pensée, leur permettant d'analyser efficacement les situations et d'y faire face ; thématique nullement abordée dans le groupe relaxation. Ainsi, la totalité des patients du groupe PEPSUI a évoqué une évolution positive de leur santé psychologique et la quasi totalité une amélioration de leur qualité de vie ; ce qui n'est pas le cas dans le groupe relaxation où seulement la moitié des patients évoque une amélioration de leur qualité de vie et une évolution positive de leur santé psychologique, amélioration qu'ils lient principalement à une meilleure gestion du stress.

Ensuite, à l'évocation des changements effectués ou actions mises en place, là encore des différences apparaissent entre les deux groupes. La grande majorité des patients du groupe PEPSUI évoque avoir mis de nouvelles actions et changements en place, et résolu des problèmes, alors que seulement la moitié des participants du groupe relaxation a évoqué cela. De plus les participants du groupe PEPSUI évoquaient des changements concrets, dans leurs modalités relationnelles, dans des actions quotidiennes, alors que les participants du groupe relaxation, ont évoqué des changements dans des problématiques liées principalement à la gestion de situations de stress et à la mise en place des exercices de relaxation. Ainsi une participante du groupe relaxation a évoqué : *« Ben du coup tous les jours chez moi ou même à l'extérieur, quand je suis en en voiture ou dans la rue, je fais par exemple la relaxation par le ventre, la respiration par le ventre »* (R3), alors que les changements chez les patients du groupe PEPSUI étaient spontanément décrits plus centrés sur des actions mises en place , ayant du sens pour les patients : *"Evalueur : Et qu'est ce que vous faites actuellement que vous n'étiez plus capable de faire avant la thérapie ? Patiente : Aller en ville seule. Manger tout court, je ne mangeais plus. J'étais tellement mal que du coup je rejetais mes proches. Et je ne sortais plus en fait."*(P2).

Ensuite, de façon plus globale, la grande majorité des participants du groupe PEPSUI a évoqué un changement dans le sens de leur vie, centré sur la recherche de leurs valeurs profondes. Ceci est encore une fois extrêmement différent, et non retrouvé dans le groupe relaxation, où seule une participante évoque un changement dans le sens de sa vie, là encore centré sur la réduction du stress : « *Je me dis que ma vie du coup elle peut être moins stressante et du coup ça me rend moins stressée... moins d'anxiété, c'est vrai qu'on n'a pas envie de vivre dans une vie tout le temps stressante* » (R3). Elle n'évoque aucunement, la recherche de l'important pour elle et la façon dont elle souhaite tracer son segment de vie ; recherche omniprésente dans le groupe PEPSUI.

Par ailleurs, la perspective du futur des participants du groupe PEPSUI a majoritairement évolué vers une projection plus grande, une majoration de l'optimisme, alors que celle-ci s'est minoritairement améliorée dans le groupe relaxation. De plus, l'amélioration dans le groupe relaxation, n'était majoritairement pas en lien avec un optimisme croissant mais avec la projection plus sereine de l'avenir par le biais d'acquisition de techniques de gestion du stress.

De plus, la totalité des participants du groupe PEPSUI a évoqué des compétences relationnelles acquises et aidantes par une amélioration de l'affirmation de soi, de la gestion du conflit et des situations relationnelles difficiles. La totalité d'entre eux a évoqué la recréation de liens sociaux, pouvant se mettre en place par plusieurs biais (ancrage dans le moment présent, régulation émotionnelle, analyse de la situation par le biais de la matrice). Ils ont évoqué l'importance donnée à l'ouverture à l'autre et au fait d'aider et de donner à autrui. Ces compétences relationnelles acquises n'ont été évoquées spontanément que par une minorité des patients du groupe relaxation, et là encore, ces derniers expliquent que ces relations se trouvent de meilleure qualité par le biais d'une gestion du stress améliorée en situation interpersonnelle, ils n'évoquent cependant pas s'être redonné une place dans la société, et le sens pour eux de ces relations interpersonnelles de qualité.

Enfin, une autre différence majeure et essentielle entre les deux groupes tient dans la gestion et la perception des CS. Cette thématique est centrale puisqu'elle touche à l'essence même de la création de ce programme de psychoéducation. Dans le groupe PEPSUI, la totalité des patients envisagent pouvoir gérer les idées suicidaires d'une nouvelle façon à l'avenir, et la quasi totalité expriment une perception différente des idées suicidaires, expliquant un impact de la compréhension de la genèse des idées suicidaires par le biais de la matrice ainsi qu'une acquisition de la compétence d'acceptation permettant une régulation émotionnelle efficace. Dans le cadre du groupe relaxation, une patiente évoque une perception différente des CS et quatre patientes évoquent un impact sur la gestion des idées suicidaires, l'expliquant par une meilleure tolérance à

la détresse par la technique de gestion du stress. Plusieurs participants du groupe relaxation déplorent spontanément l'absence d'informations sur les conduites suicidaires et d'évocation de celle-ci dans leur groupe. La quasi-totalité des participants du groupe PEPSUI a évoqué une perception modifiée des CS, par une régression du sentiment de culpabilité face au geste passé, par la majoration de l'acceptation de la maladie, par la compréhension de la genèse des idées suicidaires par le biais notamment de la matrice ; alors que seulement une participante a évoqué une perception changée, elle a évoqué l'acte suicidaire comme inenvisageable à l'heure actuelle indiquant par ailleurs qu'il était déjà inenvisageable auparavant bien qu'elle l'ait effectué. Une participante a exprimé par ailleurs que « *Tout ce qui est relaxation n'a jamais eu d'impact sur les conduites suicidaires* » (R7). Plusieurs patients du groupe PEPSUI ont exprimé comment le fait de lutter contre leurs expériences mentales douloureuses pouvait majorer la présence des idées suicidaires et conduire à la genèse des CS. Les connaissances théoriques et scientifiques sur les CS ont été spontanément rapportées aidantes par la moitié des participants. Par ailleurs, plusieurs participants du groupe PEPSUI évoquent également la diminution des comportements autodestructeurs par l'amélioration de la compréhension et de régulation émotionnelle, thématique nullement abordée dans le groupe relaxation.

IV - DISCUSSION

1. Synthèse et interprétation des résultats aux vues des données de la littérature

Les programmes de psychoéducation ont montré leur efficacité dans différents troubles (4,5,19,20). Il s'agissait par le biais de la première étude qualitative évaluant un programme de psychoéducation sur les CS, d'identifier, les processus spécifiques et non spécifiques perçus comme aidants d'un enseignement sur les CS, et de stratégies cognitivo-comportementales issues de la thérapie ACT, de la TCD et de la psychologie positive.

Premièrement, nous nous sommes questionnées sur la présence d'une évolution positive de la santé psychologique, une amélioration de la qualité de vie, de potentiels changements dans la vie, l'amélioration de la perspective du futur, et changement du sens de la vie en lien avec le programme. L'analyse des données qualitatives montre que la réponse a été majoritairement positive pour les participants du groupe PEPSUI et seulement positive pour la moitié des participants du groupe relaxation. Secondairement, nous nous sommes demandées si les changements rapportés étaient qualitativement différents entre les deux groupes. L'analyse des données qualitatives montre que là encore la réponse est positive et que des processus différents ont été mis en jeux.

Tout d'abord, la totalité des patients du groupe PEPSUI et la grande majorité des patients du groupe relaxation ont indiqué que la thérapie avait été aidante. Nous avons pu mettre en valeur dans le discours, une somme de processus non spécifiques ayant permis un bénéfice du groupe chez les participants quelle que soit leur allocation groupale.

La dynamique groupale a fait partie des processus non spécifiques évoqués permettant l'aide de la thérapie dans les deux groupes. Les participants ont en grande majorité, qu'ils fassent partie du groupe PEPSUI ou du groupe relaxation évoqué le sentiment d'appartenance au groupe, le partage, les échanges, la motivation, le soutien, la rupture du sentiment de solitude face à la maladie et l'entraide entre eux, comme processus favorisant une évolution positive. Ces données viennent appuyer les propos de Jean-Luc Simon, président du Groupement Français des Personnes Handicapées, cité dans l'ouvrage de Morvan et al. (79), qui exprimait que « la qualité de vie paraît étroitement liée à la capacité de participation et de partage, c'est à dire à la possibilité d'avoir un échange actif, voir affectif, avec les autres ». Notre étude vient corroborer le caractère aidant du processus groupal et son influence sur l'engagement dans la thérapie précédemment montré dans

la littérature (56). Les patients y rapportaient précédemment, comme dans notre étude, le souhait que le groupe continue indéfiniment, associant la fin des sessions avec un sentiment de perte, de perte de structure et de guidance. Les participants ont également souligné, l'apport bénéfique du cadre hebdomadaire du programme et du caractère actif comme facteur de motivation au changement.

De plus, un processus aidant commun à l'ensemble des deux groupes, a été la création d'une relation de confiance avec les thérapeutes. Leur disponibilité, le processus identificatoire mis en place, leur écoute empathique a été authentifiée comme facteur de soutien favorisant l'aide perçue dans les deux groupes. L'alliance thérapeutique avait auparavant été pressentie comme un facteur favorisant l'efficacité d'une psychothérapie (56,68,71). Une différence apparaît néanmoins dans l'impact de cette relation. En effet, dans le groupe relaxation une partie des patients évoquent une amélioration attribuable majoritairement au soutien et à la relation créée avec le thérapeute, quand dans le groupe PEPSUI, cette amélioration apparaît majoritairement liée aux compétences proposées. Ainsi, le soutien thérapeutique s'arrêtant à la fin du groupe, il est légitime de questionner la persistance de l'amélioration dans le temps de ces patients centrant leurs progrès sur le support du thérapeute. Par ailleurs, dans le traitement des patients suicidants, l'alliance thérapeutique avait été pressentie comme un facteur modérateur pour réduire les idées suicidaires, dans une étude évaluant l'impact de l'alliance thérapeutique dans la réduction des idées suicidaires (70). Ce facteur aidant est corroboré par notre évaluation, néanmoins dans notre étude, l'alliance thérapeutique n'apparaît pas suffisante à elle seule, en ce que dans le groupe relaxation, où l'alliance thérapeutique a été fortement mentionnée, la perception des CS n'a été modifiée que pour une participante quand elle l'a été pour la quasi-totalité des participants du groupe PEPSUI. Par ailleurs, le groupe relaxation a peu fait état spontanément d'une réduction des idéations suicidaires *a contrario* des participants du groupe PEPSUI. Ces données mettent en lumière la présence de processus spécifiques ayant permis l'amélioration des patients suite au programme de psychoéducation PEPSUI.

L'analyse des données qualitative des données a montré que des processus différents ont été mis en jeu dans l'évolution des participants. Nous avons pu mettre en valeur dans le discours, une somme de processus spécifiques ayant permis un bénéfice majeur du groupe chez les participants du groupe PEPSUI, n'ayant pas été retrouvé dans le groupe relaxation.

Concernant les connaissances théoriques et scientifiques sur les CS, elles ont été spontanément rapportées comme aidantes par la moitié des participants du groupe PEPSUI, en ce

qu'elles induisaient par une regression du sentiment de solitude et la culpabilité face au geste suicidaire, et ainsi l'acceptation de la maladie. Ainsi que la vidéo psychoéducatrice sur le suicide transmise auprès de 2000 résidents (66), les connaissances scientifiques transmises dans le programme PEPSUI ont permis une amélioration de la conscience de l'existence de structures de soins en santé mentale, basées sur des stratégies autres que médicamenteuses, et une amélioration de la propension à rechercher des soins en état de détresse. Les connaissances théoriques et scientifiques sur le suicide n'étaient pas présentes dans le groupe relaxation et plusieurs patients ont déploré l'absence de celles-ci.

Concernant les stratégies cognitivo-comportementales issues de la thérapie ACT, de la TCD et de la psychologie positive, un ensemble de processus spécifiques a été décrit aidant. Dans notre étude, les participants du groupe PEPSUI, rapportent à l'unanimité, l'impact positif de la méditation de pleine conscience. La totalité des participants du groupe PEPSUI évoquent un accès à une régulation émotionnelle efficace par ce biais, thématique n'étant aucunement abordée dans le groupe relaxation. Les participants ont évoqué le processus d'acceptation des émotions pour arriver à une identification précise d'un ensemble de sensations corporelles. Ils établissent une meilleure régulation émotionnelle, réduisant la fréquence des escalades émotionnelles et l'intensité des émotions douloureuses suite à la thérapie par le biais de la pleine conscience. La pleine conscience aurait, ainsi que rapporté par la littérature, pour effet la disparition des séquences automatiques cognitives et/ou comportementales secondaires aux émotions négatives caractérisant la crise suicidaire (65). L'accès à l'ancrage dans le moment présent et l'écoute de leurs sensations a permis une diminution de l'intensité de la colère, de la tristesse, du désespoir, du sentiment d'adversité sociale ; autant de dimensions de vulnérabilités suicidaires améliorées, n'apparaissant pas dans le groupe relaxation. Par ailleurs, il a été pressenti par la littérature (53) que la compétence d'acceptation permettait l'accès à la défusion cognitive et à la clarification des valeurs personnelles. Les participants du groupe PEPSUI ont tous évoqué l'acceptation, comme leur permettant d'accéder à la régulation émotionnelle alors que les quelques participants évoquant avoir accédé à une prise de recul sur leurs pensées et leurs émotions dans le groupe relaxation l'ont fait, soit en ne sachant pas exprimer les processus mis en jeu, soit par le biais de l'évitement expérientiel, c'est à dire en tentant de contrôler, de supprimer, ce qu'ils ne souhaitaient pas penser et ressentir. Certains patients du groupe PEPSUI, ont eux, décrit avoir acquis l'expérience que tenter de lutter contre les pensées et les émotions aversives les renforçait. Il a en effet été montré par la littérature (36) que la durée d'une émotion désagréable augmente avec la lutte contre elle. Ainsi, le processus d'acceptation des émotions permet de sortir du besoin impérieux habituel d'échapper au plus vite à ces expériences (via des comportements impulsifs), donc de diminuer

l'évitement expérientiel. Ainsi, dans le groupe PEPSUI, il s'agit d'une modification apparue dans le rapport avec les pensées et les émotions, avec une plus grande acceptation de celles-ci, induisant chez la grande majorité des participants un impact sur la manière de penser, de ressentir, de percevoir les pensées et les émotions, ce qui n'est pas le cas dans le groupe relaxation. Ainsi, la totalité des patients du groupe PEPSUI a évoqué une évolution positive de leur santé psychologique et la quasi totalité une amélioration de leur qualité de vie ; ce qui n'est pas le cas dans le groupe relaxation où seulement la moitié des patients évoque une amélioration de leur qualité de vie et une évolution positive de leur santé psychologique, amélioration qu'ils lient principalement à une meilleure gestion du stress. Ceci est concordant avec la littérature montrant une amélioration de la qualité de vie chez des patients suicidants bénéficiant d'une thérapie ACT , par rapport à des patients suicidants bénéficiant d'un programme de relaxation (80).

La majorité des participants du groupe PEPSUI ont par ailleurs liés la stratégie d'acceptation à la diminution des idéations suicidaires. Ceci est en cohérence avec les données de la littérature rapportant que les stratégies d'acceptation vis-à-vis des événements mentaux indésirables pourraient conduire à leur atténuation (81), et ce de manière plus efficace que de tenter de les supprimer (82,83). Certains ont pu expérimenter que l'intensité et la fréquence des idéations suicidaires augmentaient lorsqu'ils essaient de les supprimer, ce qui avait été proposé par la littérature précédemment (31). Ainsi, les événements mentaux désagréables (pensées et émotions) et leur non-acceptation conduirait à l'émergence d'une douleur psychologique (36). Les patients ont expliqué que la compétence d'acceptation des événements mentaux leur a permis de réduire les états affectifs désagréables et la douleur psychologique et ainsi de réduire les CS, constituant un évitement expérientiel. Ces CS ont été décrites par certains patients comme échappatoire ultime pour échapper à cette douleur insoutenable qu'ils ne souhaitaient pas ressentir , ce qui avait été pressenti par la littérature (32,33). Ainsi les participants rapportent que les stratégies basées sur l'acceptation pour la gestion des idées suicidaires favorisent une réduction de leur fréquence et des émotions désagréables associées.

Par ailleurs, la relaxation apparaît comme un outil de gestion du stress. Ceci s'apparente aux stratégies de tolérance à la détresse utilisées dans le programme PEPSUI : chercher à diminuer la tension émotionnelle et traverser le moment de crise. Cet outil ne peut cependant pas, par nature, conduire à une régulation émotionnelle de fond. La tolérance à la détresse, s'apparentant à de l'évitement expérientiel, doit constituer une trousse de secours de plus en plus rare au fur et à mesure de l'acquisition de compétence de régulation des émotions. En effet, la régulation émotionnelle nécessite non pas de chercher à diminuer l'intensité de la tension émotionnelle, mais

d'explorer avec précision l'ensemble des sensations corporelles sous tendant cette tension (avec l'intention de l'accepter tel quel, comme une simple expérience sans pouvoir nocif). La voie de l'acceptation conduit à la confiance progressive qu'aucune sensation physique, aussi intense soit-elle, n'a pas le pouvoir de rester durablement. Dans la voie de l'acceptation, il n'y a aucun danger à expérimenter des sensations physiques (y compris émotionnelle), qu'elle qu'en soit le type et l'intensité. Les sensations physiques, agréables ou désagréables, n'ont plus le pouvoir de décider des comportements mis en place. La boussole décidant des comportements est intérieure (les valeurs), indépendamment des sensations agréables ou désagréables produites par les objets ou situations extérieures. C'est ainsi que la clarification des valeurs a été décrite comme un tampon face aux évènements de vie stressants.

La majorité des participants a évoqué un sens différent de leur vie suite à la thérapie, pour certains celui-ci a été amélioré par le biais de l'écoute de leurs émotions, de leurs ressentis ; pour d'autres par la recherche de ce qui est important pour eux, du sens de leur vie, ce qui n'est pas retrouvé dans le groupe relaxation. La majorité des participants du groupe PEPSUI ont évoqué agir en cohérence avec leurs valeurs, indépendamment de leur état affectif. Ceci est particulièrement intéressant en ce que les sujets présentant des antécédents de TS auraient moins de motivation à rechercher des sources de satisfaction et les personnes qui envisagent le suicide attribuent fréquemment leur état actuel à un manque de but ou de sens dans la vie (62). Une clé permettant d'augmenter cette motivation et rapportée par les patients du groupe PEPSUI et non du groupe relaxation est la clarification des « Valeurs de vie » (84). Le but de la vie a été défini par Kashdan et coll.(85), comme un « *objectif central d'auto-organisation* » de sa vie. « *Central* » car si ce but est présent, il représente un thème prédominant de l'identité de la personne, et « *auto-organisé* » car cette clarification du but de la vie fournit un cadre de patterns d'action dans la vie quotidienne. Lors de situations de choix de vie, cette clarification permet d'orienter le temps et l'énergie de la personne dans la direction concordante avec le but de vie prédéfini. Le but de vie ou les valeurs ne peuvent pas être définitivement atteints et représentent des cibles continues. Ainsi, de manière congruente à la littérature (84,85) , la clarification des valeurs est rapportée par la plupart des patients du groupe PEPSUI comme permettant d'augmenter la motivation à la mise en place d'action permettant d'enrichir leurs vies.

Par ailleurs, la grande majorité des patients du groupe PEPSUI évoque avoir mis de nouvelles actions et changements en place, et résolu des problèmes, alors que seulement la moitié des participants du groupe relaxation a évoqué cela. De plus les participants du groupe PEPSUI évoquaient des changements concrets, dans leurs modalités relationnelles, dans des actions

quotidiennes, alors que les participants du groupe relaxation, ont évoqué des changements dans des problématiques liées principalement à la gestion de situations de stress et à la mise en place des exercices de relaxation. Plusieurs participants du groupe PEPSUI évoquent la cohérence avec eux-mêmes (et non plus la perception extérieure) comme boussole intérieure guidant l'action. Cette notion n'apparaît pas dans le groupe relaxation. Plusieurs participants du groupe PEPSUI évoquent une vision d'eux comme acteur de leur propre vie agissant en direction de quelque chose d'important pour eux. Cette notion est particulièrement importante, en ce que les participants du groupe PEPSUI ont développé leur motivation intrinsèque, supposant que l'être humain réagit aux motivateurs intérieurs à lui, à savoir son désir de diriger sa propre vie, d'accroître et de diversifier ses capacités et donner un sens à sa vie. Or la motivation intrinsèque a été montrée par la littérature, plus efficace pour l'activation comportementale que la motivation extrinsèque (i.e., supposant que l'être humain réagit aux récompenses et punitions qu'il reçoit de l'environnement) (86), elle favoriserait le sentiment d'épanouissement dans les actions mises en place (87). De plus, la mise en place des actions valorisées sera puissamment renforcée par le fait de savoir qu'on est en train d'agir comme la personne que l'on souhaite être. Les patients du groupe PEPSUI ont expérimenté que la mise en place d'actions valorisées a permis d'influencer le cours de leur vie en lui donnant du sens et en devenant acteur de celle-ci. Ils ont ainsi favorisé un locus de contrôle interne (i.e. le fait de s'attribuer la responsabilité des événements) plutôt qu'externe (i.e. le fait d'attribuer la responsabilité des événements à l'environnement). Ceci est d'un intérêt particulier dans le cadre du TCS en ce que les patients présentant un locus de contrôle externe seraient plus à risque de présenter du désespoir, des idées de suicide et des tentatives de suicide (88). Par ailleurs, la prise de conscience de l'important pour soi et l'engagement dans des actions dans cette direction permettant la compensation de situation altérant le bien être, notamment lors d'événements de vie difficiles (89) est intéressante dans le cadre du trouble des CS, puisque nous savons que la survenue d'événements de vie difficiles constitue un facteur majeur précipitant le passage à l'acte suicidaire chez des patients présentant une vulnérabilité suicidaire (9).

Ensuite, les patients du groupe PEPSUI ont pour la quasi-totalité évoqué l'aide apportée par la matrice, et les stratégies de défusion de la pensée, leur permettant d'analyser efficacement les situations et d'y faire face, thématiques nullement abordées dans le groupe relaxation. L'augmentation de la capacité à observer leurs pensées et à considérer de multiples aspects de la situation a été documentée (53,56) comme permettant de reléguer les réponses automatiques et d'amener une réponse plus pondérée et moins chargée émotionnellement. La majorité des patients du groupe PEPSUI, rapporte spontanément une diminution des séquences automatiques par la compréhension de leur comportement par le biais de la matrice, et la perception des événements

mentaux aversifs appréhendés comme distinct du soi et transitoires et ainsi une action en direction de leurs valeurs ; ce qui n'est pas le cas dans le groupe relaxation. Or , il a été suggéré dans la littérature que les TS sont caractérisés par un biais d'attribution (90) et une moindre flexibilité cognitive (34), facteurs de vulnérabilité ainsi améliorés par les compétences d'acceptation, de défusion, et l'apprentissage de l'analyse des situations par le biais de la matrice . Par ailleurs, une étude de Forkmann et coll. (91), évoque que la pleine conscience pourrait affecter les idéations suicidaires, par un effet potentiellement médié par l'amélioration de la capacité des patients à se distancer de leurs propres pensées. Dans le groupe PEPSUI, la totalité des patients envisage pouvoir gérer les idées suicidaires d'une nouvelle façon à l'avenir, expliquant un impact de la compréhension de la genèse des idées suicidaires par le biais de la matrice ainsi qu'une acquisition de la compétence d'acceptation permettant une régulation émotionnelle efficace. Certains patients du groupe PEPSUI évoquent spontanément une réduction des idées suicidaires par le biais des compétences psychothérapeutiques acquises. Ceci est concordant avec données de la littérature suggérant une efficacité de la thérapie ACT dans la réduction de la fréquence et de l'intensité des idées suicidaires, à travers une amélioration notamment de la compétence d'acceptation, chez les patients à haut risque suicidaire (80). La quasi-totalité des participants a évoqué une perception modifiée des CS suite au programme. Ceci est expliqué par certains comme une régression du sentiment de culpabilité face au geste passé, par la majoration de la compétence d'acceptation et la perception de la nature relative de leur état psychologique. Plusieurs patients du groupe PEPSUI ont par d'ailleurs exprimé comment le fait de lutter contre leurs expériences mentales douloureuses pouvait majorer leur présence et conduire à la genèse des CS. Dans le cadre du groupe relaxation, seule une patiente évoque une perception différente des CS et seuls quatre patients évoquent un impact sur la gestion des idées suicidaires, l'expliquant par une meilleure tolérance à la détresse par la technique de gestion du stress, s'apparentant à de l'évitement expérientiel, et ainsi pouvant majorer à moyen terme l'apparition des idées suicidaires comme décrit par la littérature (32) et rapporté par plusieurs patients du groupe PEPSUI.

Les participants du groupe PEPSUI ont également spontanément rapporté un impact de la thérapie sur les facteurs de vulnérabilités modifiables associées aux CS, et ainsi une amélioration des facteurs de risque modifiables de CS à *contrario* des patients du groupe relaxation.

La majorité des participants ont spontanément évoqué une réduction de l'impulsivité /agressivité suite à la thérapie, ce qui n'apparaît dans le groupe relaxation. Quelques participants ont également évoqué une réduction des comportements autodommageables. La quasi totalité des participants, a spontanément évoqué l'utilisation de la matrice comme outil d'évaluation efficace d'une situation, apportant un autre angle de vue et la compréhension de leur fonctionnement

automatique, et des comportements générés, permettant ainsi de les ajuster. Ils la décrivent ainsi comme une aide à la mise en place d'un schéma comportemental vertueux et comme médiateur d'une réduction de l'impulsivité. La majorité des participants du groupe PEPSUI ont décrit la capacité à percevoir les événements mentaux se présentant sans réagir à eux impulsivement, expérimentant que les événements mentaux et actions sont indépendants. Ces données sont concordantes avec les données de la littérature concernant l'impact des processus ACT dans la réduction des comportements impulsifs (92). Les comportements impulsifs étant un facteur de vulnérabilité majeur des CS (15,93–98), on comprend aisément l'impact de la réduction de ces comportements sur la suicidalité.

La majorité des participants du groupe PEPSUI contrairement à une minorité des patients du groupe relaxation, ont une perspective différente du futur, y mettant plus de projection, et le voyant plus optimiste. Ces patients ont évoqué un optimisme croissant sur l'avenir, et une émotionnalité plus dirigée vers la gratitude et le fait de positiver. Ils ont décrit une tendance au désespoir moindre en fin d'intervention. Ils décrivent notamment une amélioration du désespoir à travers l'acquisition de compétences d'acceptation et le développement d'états affectifs positifs par le biais d'outils de psychologie positive. Ceci est concordant avec le modèle de Lynch et coll., qui évoque que la tendance à la suppression des pensées et des affects négatifs augmenterait le désespoir et les idées suicidaires (99). Par l'autocompassion, le respect pour eux, l'estime d'eux même, les patients ont commencé à se regarder différemment, se sentant moins coupables et plaçant plus de valeur sur eux mêmes, ce qui avait été remarqué lors d'un entraînement à la pleine conscience (56). Par ailleurs, la clarification des valeurs aurait également contribué à la diminution du désespoir. Lapiere et coll. (89), avaient précédemment montré que les patients bénéficiant d'un programme centré sur des objectifs personnels ayant du sens présentaient significativement plus de sérénité et d'espoir que des sujets contrôles. La propension au désespoir étant un facteur de vulnérabilité majeur des CS (60,100), la réduction de celui-ci pourra avoir un impact majeur sur les CS.

Par ailleurs, la majorité des patients du groupe PEPSUI, et une minorité seulement des patients du groupe relaxation, évoquent le fait suite à la thérapie de se redonner une place dans la société, notamment par le biais d'une meilleure régulation émotionnelle. Cette place sous tend de contribuer au développement de la société, et ainsi d'apporter à d'autres afin de ne plus être exclusivement dans la position de celui qui reçoit, qui est un processus qui a été souligné de multiples fois par les participants du groupe intervention PEPSUI. Par l'ensemble des processus décrits de PEPSUI, le sentiment d'exclusion sociale, sentiment qui a été retrouvé comme associé à la mortalité par suicide en Europe (101), a donc été amoindri, ce qui, là encore, pourra avoir un impact majeur sur les CS.

Enfin , les suicidants sont habituellement difficiles à inscrire dans une démarche de soins de par de multiples barrières (2). Légèrement plus de la moitié des patients du groupe PEPSUI, et légèrement moins d'une moitié des patients du groupe relaxation a évoqué une perception des services de soin en santé mentale différente suite au programme. Le restant des participants n'a pas perçu les services de soins différemment, soit parce qu'ils présentaient une grande confiance antérieure en ces services, soit sans en donner d'explications. Les patients ayant une perception modifiée y voient désormais un engagement et un recours plus facile, grâce aux outils proposés et à l'alliance créée avec les thérapeutes. Plusieurs participants ont évoqué leur méconnaissance antérieure sur l'aide apportée sur des programmes de psychoéducation, et de relaxation plutôt que sur des stratégies médicamenteuses seules. Il est exprimé dans plusieurs entretiens une désacralisation et destigmatisation des services de soin en santé mentale par le biais de l'intégration du groupe hebdomadaire. Dans le programme PEPSUI, l'amélioration des traits de vulnérabilité observée, des stratégies de gestion personnelle fonctionnelle pourraient permettre de faire perdurer cette perception du recours aux soins différemment dans le temps. De plus, de nombreux participants du groupe PEPSUI, et dans une moindre mesure des participants du groupe relaxation, ont recommandé spontanément la diffusion de ce programme à plus grande ampleur, jugeant d'une bonne acceptabilité.

Ainsi, de multiples processus ont été aidants dans le programme PEPSUI, notamment de par des processus non spécifiques tels que la formation de l'entité groupale, l'alliance thérapeutique, le cadre du groupe, l'apport de nouvelles connaissances sur les stratégies de soin, retrouvés également dans le programme relaxation. Ajoutant à ces processus des compétences de tolérance à la détresse, le groupe relaxation a été décrit aidant par la majorité des patients. Comme montré par la littérature ce groupe a permis un impact sur la gestion du stress (102), or chez les patients suicidants l'impact nécessaire apparaît se situer dans la modification de perception et d'appréhension des CS , ce sur quoi la majorité des patients n'a pas rapporté d'efficacité dans le programme relaxation, contrairement au programme PEPSUI. Dans le groupe PEPSUI, les compétences théoriques scientifiques acquises , et de manière plus marquée les compétences de TCC de 3^{ème} vague : la pleine conscience, l'acceptation, la défusion, l'utilisation de la matrice, la psychologie positive ; ont permis aux patients : de porter attention à leurs émotions, d' accepter l'émotion , d' avoir une expérience émotionnelle claire , de s'engager dans des comportements dirigés vers un but, de contrôler l' impulsivité, d' utiliser des stratégies efficaces pour leur vie, et ainsi à pouvoir envisager réduire leur comportements suicidaires. Le programme PEPSUI leur a permis de percevoir la nature relative de leur état psychologique, les pensées et les émotions

n'étant plus considéré comme comme une vérité absolue et ainsi de sortir du « mode cognitif suicidant » : « je ne vauX rien...il n'y a plus de solution...autant mourir ». L'ensemble des processus mis en lumière laissent présager une efficacité du programme de psychoéducation PEPSUI, quantifiable en terme de réduction chiffrable des idées suicidaires, et d'amélioration des dimensions associées au risque suicidaire ; à l'instar de l'efficacité des programmes de psychoéducation dans d'autres troubles mentaux (4,5,19,20).

2. Limites de notre étude

Il est important de rappeler que l'approche qualitative n'est pas soumise aux mêmes limitations et biais que l'approche quantitative. Ainsi dans cette étude, un certain nombre d'éléments qui pourraient constituer des biais méthodologiques en recherche quantitative, n'en sont pas en recherche qualitative. C'est le cas par exemple de la taille de l'échantillon. En recherche qualitative, la qualité méthodologique d'une étude fait référence aux critères COREQ pour « Consolidated criteria for reporting qualitative research » (103) qui sont les critères de rigueur des méthodes qualitatives, détaillés en ANNEXE 3 . Ces critères concernent trois domaines : les caractéristiques de l'équipe, le design de l'étude et la méthodologie d'analyse. Selon ces critères, notre étude comporte quelques limites méthodologiques. Un possible biais lié au manque d'expérience en termes de méthodologie de recherche qualitative peut être présent puisqu'il s'agissait de ma première étude utilisant précisément ce type de méthode. Néanmoins, j'ai essayé d'enrayer ce biais au mieux par une auto-formation et documentation exhaustive sur le sujet. De plus, la triangulation des analyses (données, méthodes et sources) entre deux cotuteurs n'a pu être complètement effectuée faute de temps, néanmoins, la validité concernant la construction des catégories de sens a été assurée majoritairement, puisque le Dr DUCASSE a lu une partie des entretiens effectués afin de s'assurer du bienfondé des catégories.

Par ailleurs, dans le groupe PEPSUI, les entretiens portent sur les 10 patients consécutivement inclus jusqu'à saturation des données (74) . Dans le groupe relaxation, sur les 14 patients consécutivement inclus, seuls 8 ont assistés de façon effective à plus de 2 séances de relaxation. Les 6 autres ont arrêté et n'ont pu être évalués car étaient perdus de vue. Les entretiens du groupe relaxation portent donc sur les patients ayant pu être évalués. Ceci constitue donc un biais d'utilité perçue du programme en faveur du groupe relaxation.

De plus, les animatrices du groupe relaxation assistent de façon hebdomadaire à des séances de méditation de pleine conscience. Il est possible que ceci ait influencé le programme relaxation délivré, par des échanges avec les patients faisant appel aux capacités d'ancrage dans l'instant présent, et d'accueil des émotions. Ceci est suggéré par les propos de certains patients (notamment

en ce qui concerne le processus d'ouverture à l'expérience rencontré chez une patiente du groupe relaxation). Ainsi, nous ne pouvons pas exclure que des composants de méditation de pleine conscience ait été inclus au sein du programme de relaxation, influençant les résultats vers l'acquisition de compétences d'acceptation pour le groupe relaxation.

Enfin, bien qu'il était rappelé aux participants que nous évaluions uniquement les effets de ce programme sur leur évolution psychique, il est à noter que ce programme était intégré à une prise en charge globale du patient. Dans cette prise en charge globale (i.e. suivi psychiatrique, psychothérapie adjuvante), certaines compétences enseignées dans le programme PEPSUI, pouvaient être enseignées à titre individuel, avec une difficulté pour les patients à faire la part des choses entre l'évolution attribuable à la thérapie et celle attribuable aux prises en charge annexes, ce qui a pu constitué un biais.

3. Forces de notre étude.

Premièrement, les forces de notre étude résident dans sa méthodologie. La validité interne est forte du fait d'une bonne cohérence méthodologique en lien avec notre question de recherche ciblant l'exploration chez des patients souffrant de TCS, des processus spécifiques et non spécifiques perçus comme aidants 1) d'un enseignement sur les CS, 2) de stratégies cognitivo-comportementales issues de la thérapie ACT, de la TCD et de la psychologie positive. En effet, le choix d'une méthodologie qualitative était la plus approprié puisqu'il s'agissait d'étudier ce qui est de l'ordre du vécu et que la dimension d'expérience est primordiale dans le cadre d'un programme groupal mêlant des outils de thérapie ACT, de TCD et de psychologie positive, outils extrêmement centrés sur la vie, les valeurs et le ressenti des patients. L'évaluation de ce programme est un sujet pour lequel des méthodes quantitatives exclusives ne nous ont pas parues pouvoir se substituer à des études qualitatives quand l'objectif est d'en saisir les nuances, et d'en comprendre les processus ayant permis une évolution au patient. Cette évolution est ainsi non réductible exclusivement à des variables transformées en pourcentages et statistiques. Par ailleurs, il faut rappeler que les instruments permettant d'évaluer les outils et les processus de changement mis en jeu dans le programme sont peu développés et présentent quelques limites. En ce qui concerne les idées suicidaires, la C-SSRS (104) et les échelles de Likert permettent d'évaluer leur intensité, leur durée, leur sévérité mais ne permettent pas de comprendre la genèse de celles-ci ni les repercussions qu'elles peuvent avoir sur le comportement des patients. Pour ce qui est de l'intensité des symptômes, à savoir l'intensité de la symptomatologie dépressive, par le biais de l'échelle « Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C30) (105) ou de l'état d'anxiété, par le biais de l'échelle « State-Trait Anxiety Inventory » (STAI-State) (106) il est à noter que ces

échelles ne permettent pas de percevoir les mécanismes ayant été aidants à la modification ou non de ces symptômes . Pour ce qui est du retentissement, l'évaluation par l'échelle « Functioning Assessment Short Test (FAST) (107) pour le fonctionnement global, par l'échelle « World Health Organization Quality Of Life measure » (WHOQOL-BREF) (108) pour la qualité de vie , et par le Questionnaire de Support Social Perçu (QSSP) (109) et une échelle de Likert cotée entre 0 (très mauvaise qualité) à 10 (excellente qualité) pour le soutien social perçu, là encore, elles ne permettent pas de comprendre quels ont été les principes actifs, les sources de modification de ceux-ci, quels en sont les domaines importants pour les patients , et quelle définition ils attribuent à ces notions subjectives. Par ailleurs, l'évaluation de l'acceptation (Acceptance and Action Questionnaire : AAQII) (110), du contact avec le moment présent (Mindful Attention Awareness Scale : MAAS) (111) et du sens de la vie (Life Regard Index : LRI) (112) ne permettent pas de mesurer tous les outils proposés en séance, et ceux dont les patients se sont saisis, par exemple l'impact de l'usage de l'outil d'analyse de thérapie ACT (i.e. la matrice) ou encore l'impact de la défusion de la pensée sur l'évolution des patients . Enfin, la cotation de 0 (pas du tout) à 10 (très utile) de l'utilité perçue des services de soin en santé mentale, ne permet pas de savoir en quoi et comment cette utilité a été ou non modifiée au cours du programme.

Par ailleurs, l'intérêt notamment de l'entretien semi-directif (113), en comparaison avec un questionnaire fermé, est porté par le souci de chercher à respecter le discours spontané des patients, tout en maintenant une position neutre et en évitant des questions orientées ou fermées. La validité de contenu a été respectée en veillant à ce que le guide d'entretien ait pu couvrir tous les topiques d'intérêt. Ce guide a été élaboré rigoureusement, s'appuyant sur des données de la littérature. Pour pallier le biais possible lié à la signification différente qu'interviewers et interviewés peuvent attribuer aux mots, des reformulations et résumé des discours des patients ont été effectués tout au long de l'entretien. Par ailleurs, la retranscription du verbatim était rigoureuse, les dix-huit entretiens ont été retranscrits par moi-même sans utiliser de logiciel, afin qu'elle soit la plus fidèle possible. Notre étude a été réalisée avec une rigueur méthodologique en respectant les critères COREQ (103). Tout d'abord, le principe de saturation des données (74) a été respecté. Nous avons vérifié que les données étaient épuisées, sans autre signification émergente possible. L'absence d'idées nouvelles dans les derniers entretiens a permis de statuer que la saturation était atteinte à dix-huit participants. Des biais d'évaluation ont été évités puisqu'il n'y avait pas d'autre intervenant présent lors des entretiens hormis l'enquêtrice (moi-même) et les participants.

Enfin, nos résultats s'inscrivent dans un ensemble d'autres connaissances acquises dans ce domaine, puisqu'ils concordent avec certaines données de la littérature scientifique internationale.

Une autre force résulte dans l'originalité de notre étude. Il existe à notre connaissance uniquement un programme de psychoéducation à visée des patients présentant un TCS (24), dont les résultats n'ont pas encore été publiés. Ainsi, notre étude est la première à notre connaissance à évaluer qualitativement les processus aidant mis en jeu dans l'amélioration des patients suivant un programme de psychoéducation concernant le TCS.

4. Implications cliniques et perspectives

Nous projetons de développer les groupes de psychoéducation à visée des patients présentant un TCS actuel.

Dans le but de favoriser le maintien des connaissances et des compétences acquises durant le programme PEPSUI, une séance de rappel à distance pourrait être proposée, comme demandé par de multiples patients.

Nous pourrions par ailleurs réévaluer par la même méthodologie à 2 ans post-traitement (i.e. au cours de la 6^{ème} visite de l'évaluation quantitative), les bénéfices et processus de changement ayant persistés, ainsi que les facteurs de maintien ou de déclin de ceux-ci.

Nous sommes en attente des résultats de l'étude quantitative de l'essai contrôlé randomisé multicentrique afin de coupler les données chiffrées aux résultats prometteurs de l'étude qualitative effectuée. Cette étude qualitative permettra, par son couplage avec les résultats quantitatifs, et ainsi en combinant les bénéfices des deux méthodologies, de réduire le fossé entre les praticiens et les chercheurs, d'être à la fois au plus proche du ressenti du patient, et d'obtenir des résultats généralisables. Si le couplage de ces différentes données montre que le programme PEPSUI contribue effectivement, comme cette étude nous le montre, à la réduction du risque suicidaire, à l'amélioration du fonctionnement et à l'adhésion aux soins des patients à haut risque suicidaire, il pourrait apparaître comme un outil thérapeutique novateur, peu coûteux, et généralisable.

La psychoéducation pourrait ainsi être mis en place dans le soin courant au CHU de Montpellier ainsi que dans les centres associés au projet PEPSUI. Cette évaluation du programme pourrait donner lieu à des recommandations pour la prise en charge des patients atteints du TCS. Ainsi, des « centres experts des conduites suicidaires », vers lesquels les médecins libéraux auraient la possibilité d'envoyer leurs patients, pourraient ensuite voir le jour.

V - CONCLUSION

En conclusion, la nécessité de prises en charge psychothérapeutiques efficaces et accessibles chez les patients à haut risque suicidaire est indéniable. Le vécu rapporté par les patients et les principes actifs présents dans le premier programme francophone de psychoéducation du suicide, PEPSUI, indique qu'il pourrait contribuer à enrayer le fléau du suicide, par l'apport de connaissances scientifiques sur le trouble des conduites suicidaires et l'acquisition de compétences d'ACT, de psychologie positive et de TCD permettant une régulation émotionnelle efficace et de nouvelles stratégies de réponses comportementales efficaces notamment en regard des conduites suicidaires. Ce programme apparaît également d'une bonne faisabilité et d'une bonne acceptabilité.

Pour finir, citons les propos d'une patiente incluse dans le groupe PEPSUI qui résumait à eux seuls l'évolution majeure que peut apporter le programme : *« On ne voyait plus, je sais pas, les petits bonheurs de la vie ; même si c'est pas facile avec le conjoint, ben on a quand même quelqu'un qui nous aime ; même si c'est pas rose tous les jours, bah contente quand même d'être vivante ; quand même, d'avoir une place dans la société, d'avoir des amis, donc si vous avez des amis c'est quand même que vous valez quelque chose, c'est que vous leur apportez aussi quelque chose de positif sinon, je pense que les amis on n'en aurait pas ; c'est se rendre compte des choses positives dans la vie, et arrêter de penser quand y'a un truc de négatif qui prenait toute la place auparavant, aujourd'hui de le remettre à sa place, et de dire OK ,il faut que je le remette à sa place, on a appris ça au groupe PEPSUI, de remettre chaque chose à sa place et que ça ne prenne pas toute la place comme ça prenait auparavant »* (P3). Ils résonnent tout particulièrement avec cette citation de l'ouvrage *Sérénité, 25 histoires d'équilibre intérieur*, rédigé par Christophe André : **« J'ai une bonne nouvelle : le monde sans soucis dont vous rêvez existe. Et une mauvaise : ça s'appelle le paradis et ça n'est pas pour tout de suite. En attendant on va essayer de s'arranger avec ce monde-ci qui s'appelle la Vie. »**

VI - BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Available at: <http://www.who.int/about/fr/>.
2. Hom MA, Stanley IH, Joiner TE. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clin Psychol Rev.* août 2015;40:28-39.
3. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 juin 2011;(6):CD002831.
4. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry.* sept 2003;64(9):1101-5.
5. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R, et al. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* juin 2013;170(6):624-32.
6. Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. (2014).
7. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996;26(3):237-52.
8. Fondation Fondamental. Conduites suicidaires.
9. Philippe Courtet. Suicide et tentatives de suicide. (Médecine-sciences, Flammarion, 2010).
10. Fekete S, Voros V, Osvath P. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J.* avr 2005;46(2):288-93.
11. Observatoire National du Suicide. SUICIDE, Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. (2014).
12. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport / février 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 16 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives>
13. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 2008;192(2):98-105.

14. American Psychiatric Association. DSM-5, Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (2013).
15. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. févr 1999;156(2):181-9.
16. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 26 oct 2005;294(16):2064-74.
17. La psychoéducation : définition, historique, intérêts et limites, Bonsack C., Rexhaj S. et Favrod J. *Annales Médico-Psychologiques*, 173, 2015, 79-84.
18. médicale (Inserm) I national de la santé et de la recherche. Psychothérapie : Trois approches évaluées [Internet]. Les éditions Inserm; 2004 [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/146>
19. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract*. sept 2010;16(5):306-24.
20. Rabovsky K, Trombini M, Allemann D, Stoppe G. Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: results from a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. août 2012;262(5):431-40.
21. Excellence NifHC. NICE guidelines for Mental Health & Behavioral conditions. Available at: <http://guidance.nice.org.uk/Topic/MentalHealthBehavioural>.
22. King CA, Klaus N, Kramer A, Venkataraman S, Quinlan P, Gillespie B. The Youth-Nominated Support Team-Version II for suicidal adolescents: A randomized controlled intervention trial. *J Consult Clin Psychol*. oct 2009;77(5):880-93.
23. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the « Coping with Depression » course thirty years later. *Clin Psychol Rev*. juill 2009;29(5):449-58.
24. Sáiz PA, Rodríguez-Revuelta J, González-Blanco L, Burón P, Al-Halabí S, Garrido M, et al. [Study protocol of a prevention of recurrent suicidal behaviour program based on case management (PSyMAC)]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. sept 2014;7(3):131-8.
25. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. juin 2016;3(6):544-54.
26. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*. janv 2008;32(1):77-108.

27. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kasso P, Petersen L, Thorup A, et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry Suppl.* sept 2002;43:s98-106.
28. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* janv 2006;44(1):1-25.
29. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* juin 2013;44(2):180-98.
30. Holmes EA, Crane C, Fennell MJV, Williams JMG. Imagery about suicide in depression-
-"Flash-forwards"? *J Behav Ther Exp Psychiatry.* déc 2007;38(4):423-34.
31. Pettit JW, Temple SR, Norton PJ, Yaroslavsky I, Grover KE, Morgan ST, et al. Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. *Depress Anxiety.* 2009;26(8):758-63.
32. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cogn Behav Pract.* 5 janv 2012;19(2):265-76.
33. Barnhofer T, Crane C, Brennan K, Duggan DS, Crane RS, Eames C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *J Consult Clin Psychol.* déc 2015;83(6):1013-20.
34. Richard-Devantoy S, Olié E, Guillaume S, Courtet P. Decision-making in unipolar or bipolar suicide attempters. *J Affect Disord.* 15 janv 2016;190:128-36.
35. Ducasse D, René E, Béziat S, Guillaume S, Courtet P, Olié E. Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychother Psychosom.* 2014;83(6):374-6.
36. Linehan MM: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York, Guilford, 1993.
37. Cristea IA, Barbui C, Cuijpers P. Reviews and Meta-analyses of Psychotherapy Efficacy for Borderline Personality Disorder-Reply. *JAMA Psychiatry.* 1 août 2017;74(8):854-5.
38. Pérez S, Marco JH, García-Alandete J. Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder patients with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors. *Psychiatry Res.* 30 déc 2014;220(3):935-40.
39. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry.* mai

2015;72(5):475-82.

40. Seligman, M.E.P. (1999). The president address. *American Psychologist*, 54,559-562.
41. Huffman JC, DuBois CM, Healy BC, Boehm JK, Kashdan TB, Celano CM, et al. Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. févr 2014;36(1):88-94.
42. Huffman JC, Boehm JK, Beach SR, Beale EE, DuBois CM, Healy BC. Relationship of optimism and suicidal ideation in three groups of patients at varying levels of suicide risk. *J Psychiatr Res*. juin 2016;77:76-84.
43. Tsai AC, Lucas M, Kawachi I. Association Between Social Integration and Suicide Among Women in the United States. *JAMA Psychiatry*. oct 2015;72(10):987-93.
44. OMS | Chapitre 3: Résolution des problèmes de santé mentale [Internet]. WHO. [cité 13 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index2.html>
45. National Institute for Clinical Excellence. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatry. The NICE-Guidelines on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care, national clinical guideline. Updated edition. (2009).
46. Goldfried MR, Wolfe BE. Toward a more clinically valid approach to therapy research. *J Consult Clin Psychol*. févr 1998;66(1):143-50.
47. Thurin J-M. Évaluation des effets des psychothérapies. [Httpwwwem-Premiumcomwww.ezp.biu-Montpellierfrdatatraitessps37-51470](http://www.em-premium.com/www.ezp.biu-Montpellierfrdatatraitessps37-51470) [Internet]. 25 août 2009 [cité 8 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/www.ezp.biu-montpellier.fr/article/224304/resultatrecherche/2>
48. Hendrick S. Problématique et méthodologie de l'évaluation des psychothérapies, Problematics and methodology in the evaluation of psychotherapies. *Thérapie Fam*. 22 juin 2009;30(2):147-65.
49. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol*. juin 2006;61(4):271-85.
50. American Psychological Association. Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol*. déc 2002;57(12):1052-9.
51. Hirsch JK, Duberstein PR, Conner KR, Heisel MJ, Beckman A, Franus N, et al. Future orientation moderates the relationship between functional status and suicide ideation in depressed adults. *Depress Anxiety*. 2007;24(3):196-201.
52. Bacon T, Farhall J, Fossey E. The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behav Cogn*

Psychother. juill 2014;42(4):402-20.

53. Köhle N, Drossaert CHC, Jaran J, Schreurs KMG, Verdonck-de Leeuw IM, Bohlmeijer ET. User-experiences with a web-based self-help intervention for partners of cancer patients based on acceptance and commitment therapy and self-compassion: a qualitative study. *BMC Public Health*. 28 2017;17(1):225.
54. Schure MB, Simpson TL, Martinez M, Sayre G, Kearney DJ. Mindfulness-Based Processes of Healing for Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *J Altern Complement Med N Y N*. 7 mai 2018;
55. Lysaker PH, Kukla M, Belanger E, White DA, Buck KD, Luther L, et al. Individual Psychotherapy and Changes in Self-Experience in Schizophrenia: A Qualitative Comparison of Patients in Metacognitively Focused and Supportive Psychotherapy. *Psychiatry*. 2015;78(4):305-16.
56. Bogosian A, Hughes A, Norton S, Silber E, Moss-Morris R. Potential treatment mechanisms in a mindfulness-based intervention for people with progressive multiple sclerosis. *Br J Health Psychol*. nov 2016;21(4):859-80.
57. Monshat K, Khong B, Hased C, Vella-Brodrick D, Norrish J, Burns J, et al. « A conscious control over life and my emotions: » mindfulness practice and healthy young people. A qualitative study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. mai 2013;52(5):572-7.
58. Moss AS, Reibel DK, Greeson JM, Thapar A, Bubb R, Salmon J, et al. An adapted mindfulness-based stress reduction program for elders in a continuing care retirement community: quantitative and qualitative results from a pilot randomized controlled trial. *J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc*. juin 2015;34(4):518-38.
59. Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier R, et al. Impaired decision making in suicide attempters. *Am J Psychiatry*. févr 2005;162(2):304-10.
60. MacLeod AK, Pankhania B, Lee M, Mitchell D. Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences. *Psychol Med*. juill 1997;27(4):973-7.
61. Dezutter J, Casalin S, Wachholtz A, Luyckx K, Hekking J, Vandewiele W. Meaning in life: an important factor for the psychological well-being of chronically ill patients? *Rehabil Psychol*. nov 2013;58(4):334-41.
62. Xie W, Li H, Luo X, Fu R, Ying X, Wang N, et al. Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychol*. juill 2014;70(7):681-92.
63. Williams JMG, Duggan DS, Crane C, Fennell MJV. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *J Clin Psychol*. févr 2006;62(2):201-10.

64. Gratz, K. and Tull, M.T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance and mindfulness based treatments. In R.A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.
65. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*. avr 2006;62(4):459-80.
66. Sakamoto S, Tanaka E, Kameyama A, Takizawa T, Takizawa S, Fujishima S, et al. The effects of suicide prevention measures reported through a psychoeducational video: a practice in Japan. *Int J Soc Psychiatry*. déc 2014;60(8):751-8.
67. Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. juin 2000;68(3):438-50.
68. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scand J Caring Sci*. déc 2003;17(4):339-46.
69. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med*. mars 2016;13(3):e1001968.
70. Gysin-Maillart AC, Soravia LM, Gemperli A, Michel K. Suicide Ideation Is Related to Therapeutic Alliance in a Brief Therapy for Attempted Suicide. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2 janv 2017;21(1):113-26.
71. Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath AO. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*. 24 mai 2018;
72. Marc E., Bonnal C. *Le groupe thérapeutique. Approche intégrative*. Dunod, 2014.
73. Wilson SR. Individual versus group education: is one better? *Patient Educ Couns*. déc 1997;32(1 Suppl):S67-75.
74. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough? , *How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability* , *An Experiment with Data Saturation and Variability*. *Field Methods*. 1 févr 2006;18(1):59-82.
75. Braun V, Clarke V, Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77-101.
76. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *Int J Qual Methods*. 1 mars 2006;5(1):80-92.
77. Boeije H. A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of

Qualitative Interviews. *Qual Quant*. 1 nov 2002;36(4):391-409.

78. Paillé, P., et Mucchielli, A.. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin. 2003.
79. Morvan J-S, Dazord A, Simon J-L, Vigneron M, Vaginay D. Cheminer vers une qualité de vie et vers l'autonomie. In: *Connaître le handicap, reconnaître la personne* [Internet]. ERES; 2005 [cité 16 juill 2018]. p. 83-100. Disponible sur: <https://www.cairn.info/connaître-le-handicap-reconnaitre-la-personne--9782865867516-p-83.htm>
80. Ducasse D, Jaussent I, Arpon-Brand V, Vienot M, Laglaoui C, Béziat S, et al. Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 6 juin 2018;1-12.
81. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther*. sept 2006;44(9):1251-63.
82. Abramowitz JS, Tolin DF, Street GP. Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clin Psychol Rev*. juill 2001;21(5):683-703.
83. Koster EHW, Rassin E, Crombez G, Näring GWB. The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat. *Behav Res Ther*. sept 2003;41(9):1113-20.
84. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press; New York: 1999.
85. Kashdan T, Mcknight P. Origins of Purpose in Life: Refining our Understanding of a Life Well Lived. *Psychol Top*. 1 déc 2009;18.
86. Harlow HF, Harlow MK, Meyer DR. Learning motivated by a manipulation drive. *J Exp Psychol*. 1950;40(2):228-34.
87. Niemiec CP, Ryan RM, Deci EL. The Path Taken: Consequences of Attaining Intrinsic and Extrinsic Aspirations in Post-College Life. *J Res Personal*. juin 2009;73(3):291-306.
88. Lester D, Castromayor IJ, Içli T. Locus of control, depression, and suicidal ideation among American, Philippine, and Turkish students. *J Soc Psychol*. juin 1991;131(3):447-9.
89. Lapierre S, Dubé M, Bouffard L, Alain M. Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*. 2007;28(1):16-25.
90. Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S, Courtet P. The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry*. août 2011;12(5):319-39.
91. Forkmann T, Wichers M, Geschwind N, Peeters F, van Os J, Mainz V, et al. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised

- controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Compr Psychiatry*. nov 2014;55(8):1883-90.
92. Razzaque R. An acceptance and commitment therapy based protocol for the management of acute self-harm and violence in severe mental illness. *J Psychiatr Intensive Care*. août 2013;9(2):72-6.
93. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med*. mars 2008;38(3):407-17.
94. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry*. nov 2001;158(11):1871-7.
95. Cantor PC. Personality characteristics found among youthful female suicide attempters. *J Abnorm Psychol*. juin 1976;85(3):324-9.
96. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Papageorgiou TD, Swann AC, Moeller FG. Laboratory measured behavioral impulsivity relates to suicide attempt history. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(4):374-85.
97. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. sept 2005;162(9):1680-7.
98. Liu RT, Trout ZM, Hernandez EM, Cheek SM, Gerlus N. A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Meta-analysis and recommendations for future research. *Neurosci Biobehav Rev*. déc 2017;83:440-50.
99. Lynch TR, Cheavens JS, Morse JQ, Rosenthal MZ. A model predicting suicidal ideation and hopelessness in depressed older adults: the impact of emotion inhibition and affect intensity. *Aging Ment Health*. nov 2004;8(6):486-97.
100. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. mai 1985;142(5):559-63.
101. Yur'yev A, Värnik P, Sisask M, Leppik L, Lumiste K, Värnik A. Some aspects of social exclusion: do they influence suicide mortality? *Int J Soc Psychiatry*. mai 2013;59(3):232-8.
102. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2 juin 2008;8(1):41.
103. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 1 janv 2015;15(157):50-4.

104. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. déc 2011;168(12):1266-77.
105. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med*. mai 1996;26(3):477-86.
106. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. (Palo Alto, Calif : Consulting Psychologists Press, 1983).
107. Suominen K, Salminen E, Lähteenmäki S, Tupala T, Isometsä E. Validity and reliability of the Finnish version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2015;3:10.
108. Reliability, Validity and Reproducibility of the WHOQOL-BREF in Six Countries (PDF Download Available). ResearchGate Available at: https://www.researchgate.net/publication/267193881_Reliability_Veracity_and_Reproducibility_of_the_WHOQOL-BREF_in_Six_Countries.
109. Bruchon-Schweitzer. *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. (Dubod, 2001).
110. Measuring experiential avoidance : A preliminary test of a working model. *The psychological Record* 553–78 (2004).
111. Jermann F, Billieux J, Larøi F, d'Argembeau A, Bondolfi G, Zermatten A, et al. Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychol Assess*. déc 2009;21(4):506-14.
112. Debats D. *Measurement of Personal Meaning : The Psychometric Properties of the Life Regard Index*. Lawrence Erlbaum Associates (1998).
113. Jean-Claude Kaufmann. *L'entretien compréhensif - 4ème édition*. Broché; 2016.

VII - ANNEXE

ANNEXE 1 – GRILLE DE CODAGE FINALE

THEMES	CATEGORIES	PROPRIETES
I. EFFETS-PROCESSUS EMOTIONNELS, COGNITIFS et COMPORTEMENTAUX	Compétence de méditation de pleine conscience	Aidante par l'apprentissage de la reconnaissance émotionnelle
		Aidante comme accès à la régulation émotionnelle efficace (diminution anxiété – diminution affects dépressifs – augmentation de l'énergie – augmentation du plaisir – diminution de l'irritabilité et de la colère et ainsi des comportements impulsifs)
		Permettant la régression de la crainte des émotions
		Permettant la majoration de l'empathie
		Permettant la régression des ruminations
		Permettant l'amélioration de la concentration
		En soulignant la nécessité de régularité de la pratique
	Attitude d'acceptation	Aidante et favorisant la diminution de l'évitement expérientiel
	Compétence de tolérance au stress et à la détresse	Provoquant une amélioration du stress et permettant de passer un moment de détresse
		Permettant une prise de recul sur les événements
		Permettant un évitement des pensées anxiogènes
		Permettant la focalisation de sa concentration
		En soulignant la nécessité de régularité de la pratique
	Processus de défusion de la pensée	Aidant
	Sens de la vie	Amélioré par la recherche de ce qui est important pour eux, leurs valeurs, et le sens de leur vie
		Amélioré par l'écoute de leurs émotions et ressentis
Amélioré par d'autres processus		
Inchangé		

I. EFFETS-PROCESSUS EMOTIONNELS, COGNITIFS et COMPORTEMENTAUX	Affects positifs (Compétences de psychologie positive)	Amélioration de l'auto compassion, du respect pour soi, de l'estime de soi
		Amélioration de l'optimisme général
		Majoration de la gratitude
	Perception du futur	Améliorée par un optimisme croissant sur celui-ci, une projection sur l'avenir, un caractère plus serein
		Inchangée
	Utilisation de la matrice	Aidant à la compréhension de leur comportement et ainsi à sa modification
		Aidant à la régression des comportements d'impulsivité
		Aidant à l'automatisme du traitement de l'information
		Devenant automatique
	Mise en place de nouvelles actions ou comportements	Existante suite à une ouverture à l'expérience guidant l'action
		Existante suite à la mise en place d'une vision de soi comme acteur de sa propre vie agissant en direction de quelque chose d'important pour soi
		Existante suite à la mise en place de « petits pas », motivant une action ayant du sens
		Existante suite à la régulation émotionnelle efficace, par les exercices de pleine conscience permettant l'action
		Existante : à type d'exercices de relaxation permettant la régression de l'anxiété
		Inexistante
	Autres processus globaux non classés	Accès à une meilleure connaissance d'eux même
Fonctionnement et vision globale en regard des pensées et émotion différent		
Apprentissage à prendre plus de temps pour eux aidant		

THEMES	CATEGORIES	PROPRIETES
II. EFFETS ET PROCESSUS RELATIONNELS	Compétences relationnelles globales	Par l'amélioration de l'affirmation de soi, de la gestion du conflit dans les situations relationnelles
		Avec le sentiment de se redonner une place dans la société
		Avec une importance nouvelle à l'ouverture à l'autre et au fait d'aider et donner à autrui
	Compétences relationnelles centrées sur l'entité groupale	Entité groupale utile par le partage d'expérience, la création de liens, l'écoute, l'entraide et les réactions bienveillantes des autres, le non jugement
		Entité groupale permettant la rupture du sentiment de solitude face à la maladie
		Entité groupale inutile
	Alliance thérapeutique	Aidante par la relation de confiance, l'empathie, la disponibilité la valorisation des compétences personnelles, le soutien des thérapeutes
		Aidante par un processus identificatoire au thérapeute
		Aidante par la conviction du thérapeute dans le programme
III. CADRE DE LA THERAPIE	Cadre temporel	Rassurant, et motivant
		Court, avec une demande de poursuite
		Non aidant
	Exercices à effectuer	Aidants et motivants

THEMES	CATEGORIES	PROPRIETES
IV. PERCEPTION ET GESTION DES CONDUITES SUICIDAIRES ET AUTO DOMMAGEABLES	Perception des conduites suicidaires	Modifiée par l'amélioration de la compréhension du trouble par les connaissances théoriques divulguées et permettant la rupture du sentiment de solitude
		Modifiée par la compréhension de la genèse des comportements suicidaires par le biais de la matrice
		Modifiée par la régression du sentiment de culpabilité face au geste passé et par la majoration de l'acceptation de la maladie
		Modifiée par une régulation émotionnelle efficace
		Avec une régression des idées suicidaires
		Inenvisageable à l'heure actuelle
		Inchangée
	Gestion des idées suicidaires	Améliorée, par la compréhension de leur genèse
		Améliorée, par une attitude d'ouverture plus grande, une régulation émotionnelle efficace
		Améliorée, par apprentissage de schéma de gestion de la crise suicidaire
		Améliorée, par la relaxation
	Inchangée	
	Comportements auto dommageables diminués	Par l'utilisation de la matrice
Par une régulation émotionnelle plus efficace		
V. PERCEPTION DES SERVICES DE SOIN EN SANTE MENTALE	Modifiée	Par désacralisation et déstigmatisation de ces services suite au programme
		En y ayant plus facilement recours
		Par d'autres mécanismes
	Inchangée	De par la confiance et perception d'utilité déjà présente
		Pour d'autres raisons

ANNEXE 2 – ENTRETIEN P9 :

AH : Parlez moi de votre expérience du programme que vous venez de terminer ?

Patiente : C'est un programme qu'on a eu 2h tous les jeudis avec une première partie sur des études sur le suicide et après ils nous ont expliqué comment notre cerveau fonctionnait pour la gestion des émotions, et du coup comment on arrivait à faire des cercles vicieux et comment ne pas rentrer dedans, et surtout, moi ça m'a appris à gérer mes émotions et à les reconnaître.

AH : Oui, de quelle manière ça vous a appris ça ?

Patiente : En nous écoutant plus, en étant plus dans le moment présent, plutôt que de tout le temps se projeter plus loin.

AH : D'accord, comment vous faisiez pour être plus dans le moment présent ?

Patiente : Ben avec la méditation de pleine conscience du coup, ça nous permet de nous recentrer sur nous et de nous écouter et de savoir qu'est ce qui nous dérange, quelle émotion on a, vraiment quel est le nœud du problème et comment on peut le gérer en fait.

AH : D'accord. Comment évaluez vous l'évolution de votre santé psychologique depuis le début de la thérapie ?

Patiente : Bonne, très, très bonne .

AH : Oui. Comment cela a été possible ça qu'elle évolue très très bien ?

Patiente : La gestion des émotions et le fait de ne plus rentrer dans les cercles vicieux ça a amélioré beaucoup mes relations sociales et du coup ça m'a beaucoup apaisée.

AH : Vous avez des exemples de ça ? De comment ça a pu améliorer vos relations sociales ?

Patiente : Ben c'est particulièrement sur ma relation amoureuse que ça a changé, j'étais tout le temps ou à le repousser, ou à vouloir le quitter et au final ça m'a permis de me stabiliser, donc de stabiliser la relation, de ne plus rentrer dans ces cercles vicieux.

AH : Et comment vous avez fait pour ne plus rentrer dans ces cercles vicieux ?

Patiente : Méditation de pleine conscience et la matrice.

AH : Vous m'expliquez un petit peu ?

Patiente : La matrice ?

AH : Oui.

Patiente : En fait c'est une croix, en bas à gauche on va mettre un petit peu le nœud du problème, marquer toutes les phrases que ça nous inspire de négatif, en haut à gauche , on va mettre les comportements qu'on fait entre guillemet en pilote automatique, donc le cercle vicieux, et donc en bas à droite faut qu'on mette qu'est ce quelles sont les valeurs qu'on voudrait incarner dans les problèmes que ça nous pose, et du coup en haut à droite on met les comportements pour arriver plus à incarner nos valeurs en bas à droite, et après ça peut être des petits pas comme des grands pas.

AH : D'accord, ça ça a été aidant ?

Patiente : Très aidant, bah au final maintenant dès que j'ai quelque chose qui me pose problème je fais une matrice, comme ça on ne se trompe pas.

AH : Ça vous permet de mieux analyser les situations, c'est ça ?

Patiente : Oui, et de mieux y répondre.

AH : D'accord.

Patiente : Et puis ça permet aussi de voir exactement où il est le nœud du problème parce que parfois on pense que c'est ça et au final c'est un peu plus profond, au final c'est souvent la peur et l'angoisse quand même qui ressortent.

AH : Est ce que cette thérapie elle a été aidante ?

Patiente : Oui

AH : De quelle manière elle a été aidante ?

Patiente : Ils sont quand même très à l'écoute, ils nous écoutent vraiment, on peut parler, ils rebondissent sur ce qu'on dit, même si on est plusieurs dans le groupe, ils nous prennent un peu au cas par cas aussi et ils sont vraiment bien parce qu'ils nous lâchent pas ensuite, là on a que 10 séances, au final, quand on commence la thérapie on commence vraiment à changer et c'est vrai qu'ils nous lâchent pas.

AH : D'accord. Est ce que cette thérapie elle a amélioré votre qualité de vie ?

Patiente : Oui.

AH : De quelle manière elle a amélioré votre qualité de vie ?

Patiente : Je profite plus de chaque instant, je pense moins à me dire, oui mais après il va se passer ci, il va se passer ça. Je passe un bon moment, je profite de mon moment, après on verra ce qui se passe ensuite, mais pas me dire : si ça, ça, ça, ça ne se passe pas comme ça, ça va pas me plaire. Non. Prendre vraiment ce qui arrive et profiter.

AH : D'accord, vous êtes plus dans l'instant présent c'est ça ?

Patiente : Plus dans l'instant présent et moins les montagnes russes émotionnelles aussi.

AH : Il y a moins de ruminations de ce que j'entends aussi.

Patiente : Oui, beaucoup moins.

AH : Est ce qu'il y a une attitude d'acceptation face aux événements qui peuvent être négatifs ?

Patient : Oui, il faut. Ben, ils nous apprennent ça, quand il y a une émotion négative, c'est toujours une émotion qui nous mets mal à l'aise, ils nous ont bien expliqué, c'est un pic qu'il faut juste passer ce pic de toute manière, une fois que ce pic il est passé ça redescend, c'est vraiment pour

les émotions au dessus de 5. C'est vraiment un pic, il nous ont donné des petits trucs à faire pour faire passer le moment.

AH : C'est quoi ces petits trucs à faire pour faire passer le moment ?

Patient : Ben après, ça , ça dépend de chaque personne, moi c'est prendre une douche, ou aller marcher, il y en a c'est tenir des citrons congelés, ça dépend de chaque personne, c'est trouver le truc qui va nous apaiser et nous fixer un peu le temps que le pic d'émotions passe pour après pouvoir réfléchir tranquillement, pas réagir sur l'émotion forte, parce que c'est souvent au final ce qui fait qu'on a des comportements à risque et après qu'on regrette en fait.

AH : Ça vous aide à passer les moments de détresse, c'est ça ?

Patiente : Oui.

AH : Il y a eu d'autres choses qui ont fait que cette thérapie elle a été aidante ?

Patiente : Bah le fait de savoir que si on était là c'est parce qu'on avait tous fait une tentative de suicide au final, donc ça aide de voir qu'il y en a d'autres au final, qu'il n'y a pas que nous qui sommes en situation de détresse émotionnelle au final, et puis on se rend compte que personne c'est pour la même chose, donc ça nous aide.

AH : Ça rompt la solitude ?

Patiente : Oui, et puis surtout ça permet d'en parler, parce qu'en général, on se comprend, donc ça aide, d'en parler, ça fait évacuer un peu.

AH : D'accord. Comme conséquence de la thérapie, est ce qu'il y a des changements que vous avez fait dans votre vie ?

Patiente : Bah du coup je médite tous les jours.

AH : Et qu'est ce que ça vous apporte ça de méditer tous les jours ?

Patiente : Le calme. Déjà je commence la journée par du calme, de la sérénité, ça me permet peut être d'aborder la journée sans émotions ni positives ni négatives, je pars un peu à zéro sur chaque jour.

AH : Alors que ça n'était pas le cas avant ?

Patiente : Non. Ben avec la bipolarité je partais soit avec des émotions négatives, soit trop dans le positif donc c'était compliqué un peu parfois.

AH : D'accord. Et est ce qu'il a des changements concrets que vous avez mis en place dans votre vie ?

Patiente : Je prends plus le temps de réagir, je suis moins impulsive surtout.

AH : D'accord, qu'est ce qui a aidé à ce que vous soyez moins impulsive ? Il y a des outils particuliers qui vous ont aidé ?

Patiente : Ben la matrice , oui. Quand je sens que l'émotion je vais pas la gérer ou que ça va me faire rentrer dans des cercles vicieux je prends le temps de m'arrêter, de vraiment réfléchir, de faire une matrice pour voir ce qui va le mieux correspondre à la personne que je veux être et pas rentrer dans le pilotage automatique et foncer sans réfléchir au final.

AH : C'est parfait ça.

Patiente : Oui.

AH : Qu'est ce que vous faites actuellement, que vous n'étiez plus capable de faire avant la thérapie ?

Patient : Ben... (elle réfléchit)

AH : Est ce que vous pensez à d'autres choses ?

Patiente : Non pas vraiment.

AH : Comme conséquence de la thérapie, est ce qu'il y a des comportements que vous avez été capable de faire et que vous n'auriez pas été capable de faire sans la thérapie ?

Patiente : L'acceptation.

AH : Oui.

Patiente : Oui, vraiment c'est l'acceptation.

AH : C'est à dire expliquez moi.

Patiente : Bah j'accepte que les gens ne répondent pas tout le temps à mes attentes, j'accepte de ne pas avoir tout le temps ce que je veux, comme je veux.

AH : Il y a plus de tolérance à la frustration.

Patiente : Beaucoup plus oui. Et c'est con, mais j'achète moins de fringues, je valide moins mes paniers shopping maintenant.

AH : Moins d'impulsivité c'est ça ?

Patiente : Ah bah oui.

AH : Après ça n'est pas con, ça fait plaisir à la fin du mois d'avoir plus sur son compte en banque.

Patiente : Oui, mais c'est ça, avant j'étais incapable de me dire , ce mois ci ca ne va pas être possible, j'attends le mois prochain, j'en étais incapable, maintenant j'y arrive .

AH : Vous arrivez à différer ?

Patiente : Oui. Ou à ne pas faire du tout d'ailleurs si je n'en ai pas besoin, bon même si les fringues on en a techniquement jamais besoin mais bon.

AH : Vous êtes plus réfléchie, c'est ça ?

Patiente : Oui.

AH : Comme conséquence de la thérapie, est ce qu'il y a des problèmes que vous avez été capable de résoudre, que vous n'auriez pas pu résoudre avant la thérapie ?

Patiente : Non, je pense qu'après c'est la manière de le résoudre qui a changé.

AH : Expliquez moi.

Patiente : Déjà j'en crée moins en fait surtout des problèmes, je crée moins de problèmes déjà.

AH : Ça c'était un problème de créer des problèmes ?

Patiente : Bah oui, parce que ça pouvait m'arriver de chercher le conflit.

AH : D'accord, il y a moins de recherche du conflit ?

Patiente : Beaucoup moins

AH : Et une amélioration de la gestion du conflit ?

Patiente : Oui

AH : Du coup on peut dire qu'il y a des problèmes que vous avez résolu suite à la thérapie non ?

Patiente : Surement.

AH : Comme conséquence de la thérapie, est ce que votre perspective du futur elle a changé ?

Patiente : Ben je me concentre plus sur le présent du coup, moins sur ce qui va se passer plus tard du coup ça me démoralise moins.

AH : D'accord. Et vous diriez qu'elle a changé ou non votre perspective du futur du coup ?

Patiente : Elle est plus sereine, j'attends calmement que les choses arrivent, voir ce que ça va donner et tout et puis je suis moins dans le forcing.

AH : Et comment ça a été possible ça que vous soyez moins dans le forcing, j'entends dans une espèce de maîtrise de ce qui pourrait se passer c'est ça ?

Patiente : Ouai. Ben en me concentrant plus sur le présent, sur le bonheur que c'est juste de ce qui se passe maintenant. Le futur ça arrivera, de quelle manière je sais pas mais il arrivera, donc plus profiter de ce qui se passe maintenant parce qu'après au final on a des regrets.

AH : C'est une belle vision de la vie.

Patiente : Oui, ne rien regretter.

AH : Comme conséquence de la thérapie, est ce que le sens que vous attribuez à votre vie il a changé ?

Patiente : Bah oui du coup.

AH : De quelle manière il a changé ?

Patiente : Ben je viens de le dire plus haut. (elle rit)

AH : Bah là c'est le sens de la vie, c'est pas la perspective du futur, c'est vraiment le sens que vous attribuez à votre vie. C'est plus centré sur ce qui est important pour vous.

Patiente : Ben c'est pareil, je profite plus de l'instant présent. Quand je suis avec mes amis, je profite vraiment d'être avec eux et je me dis pas bon plus tard qu'est ce qui va se passer, quand est ce qu'on va se revoir, non je profite d'être avec eux maintenant et puis plus tard on verra c'est plus tard.

AH : D'accord. Et j'entendais aussi tout à l'heure quand vous me disiez, quand je fais des matrices, il y a avait la recherche de vos valeurs, ça a été aidant ça pour vous, de rechercher ce qui était important pour vous ?

Patiente : Oui.

AH : De quelle manière ça a été aidant ?

Patiente : Bah parce que maintenant je sais quelle personne je veux être, du coup j'essaye dans toutes mes actions d'être au plus proche de cette personne, comme ça on n'a pas de regrets.

AH : Est ce que les animatrices elles ont eu un impact sur votre manière de penser ?

Patiente : Véronique beaucoup.

AH : Oui, comment elle a fait pour avoir un impact ?

Patiente : Euh, elle est beaucoup dans le non jugement, elle nous écoute, elle nous aide, mais il n'y a pas de jugement de sa part dans nos actions, c'est très important. Elle est très à l'écoute, je pense que c'est elle qui a été la plus proche de nous, enfin en tout cas pour ma part.

AH : Ca a été aidant, son soutien, son écoute.

Patiente : Oui.

AH : Est ce que les animatrices elles ont eu un impact sur votre manière de ressentir les émotions ?

Patiente : Déjà je les ressens c'est déjà pas mal.

AH : Avant vous ne les ressentiez pas et maintenant vous arrivez à les ressentir ?

Patiente : Euh, j'accepte de les ressentir, avant je transformais tout, dès que j'avais peur, que j'étais angoissée, que j'avais honte, je transformais tout en colère, maintenant j'accepte les émotions telles qu'elles sont, je ne les transforme pas .

AH : D'accord. Avant il y a avait plus de colère que maintenant ?

Patiente : Beaucoup plus , j'étais très très souvent en colère, c'était souvent contre moi au final mais...

AH : Et comment ça a été possible ça que la colère elle diminue comme ça ?

Patiente : Ben parce que maintenant je cherche la vraie raison au final, quand je commence à être un peu colérique, je me doute que c'est plus une réelle colère, que j'essaye de camoufler une autre émotion parce que j'ai plus de mal à ressentir les autres que celle-ci parce que celle-ci je la gère bien, je sais comment faire et caetera, les autres je savais pas les gérer au final, du coup maintenant quand je commence à me sentir en colère, je m'assois, je me pose je réfléchis à vraiment qu'est ce qui va pas, et du coup je gère cette émotion là et du coup ça passe. L'acceptation !

AH : C'est top.

Patiente : C'est un peu baba quand on en parle.

AH : C'est un cheminement qui est compliqué je pense, je ne pense pas que ce soit baba.

Patiente : Ben il faut y penser tous les jours quoi, il faut qu'à chaque instant ce soit le premier truc qui nous vienne en tête quoi. c'est ça quoi.

AH : Il y a une nécessité de régularité sur les exercices à faire sur la pleine conscience ?

Patiente : Ben oui parce que du coup faut que ça change nos pilotages automatiques, il faut que le pilotage automatique ça devienne la méditation, se poser, réfléchir, attendre, au lieu d'agir négativement au final.

AH : Et du coup, de ce que vous me disiez juste avant, dites moi si j'ai bien compris mais en fait il y a aussi par la méditation plus de reconnaissance émotionnelle ? Vous savez quelle émotion vous avez ?

Patiente : Oui. Ben c'est une des premières choses qu'ils nous apprennent de toute manière, c'est les différentes émotions, parce qu'on les connaît pas toutes au final.

AH : Est ce que les thérapeutes elles ont eu un impact sur la perception que vous avez de vos pensées et de vos émotions ? Là c'est vraiment la manière dont vous les percevez .

Patiente : Elles nous ont appris à être plus indulgentes avec nous même et la façon dont on perçoit les choses.

AH : D'accord , plus de bienveillance en fait ?

Patiente : Oui.

AH : Et comment elles ont fait pour que vous soyez plus indulgente avec vous même et votre manière de voir les choses ?

Patiente : En nous faisant comprendre qu'on était tous entre guillemet un peu pareil, qu'on ressent tous un peu les mêmes émotions, on a pas tous les mêmes réactions face aux émotions mais on les ressent tous, donc faut pas se juger plus durement , et on a tous, tout le monde à ses mauvais pilotages automatiques, on n'est pas les seuls, après nous on va un peu plus loin, c'est tout au final.

AH : D'accord. Est ce que les thérapeutes, elles ont eu un impact sur votre manière de gérer les pensées et les émotions.

Patiente : Ben c'est la thérapie en elle même donc elles en font partie, elle la font donc oui forcément.

AH : Est ce que les thérapeutes elles vous ont amené à résoudre des problèmes d'une nouvelle manière ?

Patiente : Ben en général à chaque fin de séance on finissait souvent par une matrice, et du coup chacune on prend un problème qui nous est propre et elles nous demandent de faire un petit pas, donc la semaine d'après on leur dit si on a fait ce pas là ou pas .

AH : C'est quoi un petit pas ?

Patiente : Une chose qui ne nous est pas forcément facile de faire mais qu'on se dit que ça on le fait, donc c'est un petit pas après l'autre au final on se rapproche de la personne qu'on veut être et on s'éloigne de nos cercles vicieux.

AH : Grâce à la matrice, grâce à la pleine conscience ? Grâce à quoi ?

Patiente : Oui, et puis le fait aussi de se fixer un objectif, de se dire : « bon cette semaine je me concentre sur ça, je fais ça, et caetera », après on est quand même contente de leur dire qu'on a réussi à le faire et tout, c'est le suivi aussi qui est important.

AH : Le retour que vous pouvez leur faire ?

Patiente : Oui

AH : Comme conséquence de la thérapie est ce que vous percevez les conduites suicidaires différemment ?

Patiente : Pas spécifiquement différemment, ça m'a permis juste que ce soit moins tabou.

AH : Du coup c'est quand même différent du début ?

Patiente : Oui.

AH : Moins de stigmatisation des conduites suicidaires ? Vraiment plus on peut en parler, on peut évacuer ?

Patiente : Oui voilà.

AH : Est ce que comme conséquence de la thérapie vous pensez pouvoir gérer les conduites suicidaires différemment dans le futur ?

Patiente : Oui.

AH : Comment ?

Patiente : Ben je sais que j'y viendrai plus déjà, enfin j'espère , on peut jamais être sûre de rien mais bon.

AH : Oui, qu'est ce qui vous fait dire que là vous n'y viendrez plus ?

Patiente : Ben la conduite suicidaire, en général on y vient pour s'enlever une douleur, ou la faire diminuer. Si on apprend à mieux gérer la douleur, on sait que c'est un pic, quel le pic il doit passer, on sait que ça ne va pas durer toute notre vie comme ça au final, je pense qu'au départ quand il y a une conduite suicidaire c'est parce qu'on se dit qu'il n'y a rien qui peut changer, que ce sera comme ça ad vitam eternam, au final, la thérapie ça nous a bien appris que ce n'est qu'un pic, que ce pic il passe qu'après ça se réduit la douleur, donc au final, on a conscience à la fin, que c'est juste quelques minutes, quelques heures au grand maximum à passer, qu'après ça va passer et qu'il faut juste tenir.

AH : Et là il y a une régression des idées suicidaires depuis le début de la thérapie ?

Patiente : Oui. Moi les idées suicidaires encore c'est pas ce qui le venait en premier, c'est plus les scarifications que je faisais énormément, et qu'il n'y a plus depuis et que j'en ressens beaucoup moins le besoin.

AH : Est ce que comme conséquence de la thérapie, votre perception des services de soin en santé mentale elle est différente ?

Patiente : Non, non parce que quand on se fait hospitaliser de toute façon ils nous donnent des médocs, c'est tout ce qu'ils font, et j'aime pas les médicaments, j'en prends pas, donc non. Ils nous donnent des médocs.

AH : Est ce que vous comprenez pourquoi ?

Patiente : Oui, parce que ça fait passer le pic de détresse anxieuse.

AH : Oui.

Patiente : Mais bon après moi ça me met en hypermanie après donc c'est pas spécifiquement mieux pour moi, c'est même pire .

AH : Est ce que vous avez déjà été inconfortable dans vos sessions avec les thérapeutes ?

Patiente : La première session quand on arrive et qu'on parle direct de suicide, au début c'est un peu compliqué quand même, mais d'un côté c'est pas plus mal parce que ça le banalise , enfin ça le banalise , ça le banalise d'en parler , pas de le faire mais ça le banalise d'en parler.

AH : Et du coup, comment vous l'avez géré ce sentiment d'inconfort là ?

Patiente : Faut attendre que ça passe, on sait qu'au bout d'un moment ils vont arrêter d'en parler.

AH : Et après ça allait mieux aux autres séances ?

Patiente : Oui, oui, justement, ça le banalise la manière d'en parler, du coup on le vit moins mal, ça nous met moins inconfortable, on sait que c'est un petit temps, qu'après on va parler d'autre chose, parce que c'ets un peu ennuyant quand même. Après ils ont raison d'en parler, parce que ça nous fait prendre conscience qu'on est vraiment pas seuls, qu'il y a beaucoup de monde qui en vient là, dans toutes les tranches d'âge , que ça soit hommes ou femmes, on se rend compte vraiment que c'est pas quelque chose où il y a très peu des gens qui en ont recours , au contraire, après le plus intéressant pour moi ça a été l'avant dernière ou la dernière séance , ils nous ont expliqué nos traitements, enfin bon moi j'en n'ai pas mais pour les autres filles elles ont expliqué leur traitement, c'est vrai que c'est bien, on sait ce qu'on ingère .

AH : D'accord.

Patiente : Moi je c'est que c'est vrai que quand j'ai vu qu'on m'avait prescrit un antipsychotique, j'avais encore moins envie de le prendre du coup. Ca nous permet de mieux comprendre et de mieux contrôler.

AH : D'accord.

Patiente : Parce que c'est vrai qu'au final, avant ça, quand on parle à la psychiatre et qu'elle nous donne des médicaments, on ne comprend pas ce qu'elle nous donne, elle nous donne l'ordonnance, on ingère, on comprend pas trop ce qui se passe.

AH : Vous ne lui avez pas demandé à la psychiatre ?

Patiente : Non, ça ne m'est pas venu à l'esprit .

AH : C'est bien d'avoir ces compétences là du coup après ?

Patiente : Oui, c'est ça, ça nous redonne un petit contrôle léger sur notre suivi et on peut dire aussi ce qu'on veut et ce qu'on veut plus . On se fait moins ballader par le truc.

AH : Est ce que parfois vous avez été non en phase avec vous thérapeutes ?

Patiente : Dans quel sens ?

AH : D'avoir l'impression d'être en décalage, que vous ne vous compreniez pas trop ?

Patiente : Bah un peu au début parce que j'ai une psychologue à côté et elle m'avait fait lire un livre qui s'appelle « S'aimer », et au final j'avais un peu avancer sur certains trucs, j'étais un peu en avance sur certains du groupe, c'est vrai qu'au début parfois , c'était un peu rébarbatif pour moi mais c'est toujours bon de toute façon d'avoir des rappels donc pas de soucis , non elles sont vraiment très compréhensives, si elles voient sur une séance qu'on n'est pas très bien , elles nous prennent à part comme ça, ça gêne pas les autres, ça fait progresser celle qui est à part donc la dessus elles sont vraiment top, de toute façon, première chose qu'elles nous demandent c'est comment s'est passée votre semaine, donc si elles voient que la semaine s'est mal passée, elle dit , bon , on va à part.

AH : Comment est ce que vous avez vécu la modalité du groupe ? Le fait que vous soyez en groupe ?

Patiente : Au début un peu gênant parce qu'on ne se connaît pas et qu'on parle quand même de trucs intimes, le suicide c'est très inte, on parle de si on se scarifie, ou si on se scarifie pas. Après tout ce qui est matrice on le fait sur une feuille nous, donc si on veut pas dire c'est quoi notre problème ou ce qui nous tracasse, on n'est pas obligés de le dire, donc il y a assez d'intimité pour que ça soit pas ... (elle arrête sa phrase et part sur une autre phrase) Parce qu'au début comme on ne se connaît même parler ca peut être compliqué, mais au final c'est positif parce qu'on se confie beaucoup plus au fil des séances, donc il n'y pas de problème .

AH : Vous diriez que ça a été utile d'être en groupe ou pas vraiment ?

Patiente : Oui on se soutien, on s'aide, on se motive, et puis ça permet de voir qu'on n'est pas toute seule à avoir des cercles vicieux, à réagir peut-être bêtement, ça aide.

AH : D'accord, ça rompt le sentiment de solitude ?

Patiente : Oui, et puis s'il y en a une qui réussit ça motive les autres, si il y en a une qui est un peu dans une phase difficile, on lui dit que ça va passer, de ne pas lâcher, on est quand même là les uns pour les autres un peu.

AH : Est ce que vous voulez ajouter quelque chose sur ce programme

Patiente : Il est pas assez long, c'est trop court. Que ce soit une fois par semaine c'est bien, parce que ça permet de faire un point assez régulièrement mais 10 séances c'est pas assez long, c'est très court.

AH : Vous auriez aimé que ça dure plus longtemps pour plus vous saisir des outils ?

Patiente : Oui. Bah au final, quand on finit la dernière séance, on commence à peine à prendre les automatismes donc c'est dommage. C'est vrai que l'hôpital de jour c'est pas un hôpital de crise, après ils nous expliquent très bien au début du groupe que c'est pas un hôpital de crise, que si on a des crises, il y a vigilans, donc ça ils nous le disent, ils nous donnent d'autres numéro de téléphone si vraiment on ne va pas bien.

AH : D'accord, ça vous a aidé ça de savoir si y a une crise où est ce que je peux appeler ? D'avoir ces schémas là d'action ?

Patiente : Oui, c'est toujours une bequille, on se dit que si ça ne va pas avant de tomber dans les extrêmes on peut faire autre chose.

AH : D'accord. Je vous remercie pour votre participation.

ANNEXE 3 - Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Relations avec les participants

6. Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche

Domaine 2 : Conception de l'étude :

Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu

Sélection des participants

10. Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11. Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte

14. Cadre de la collecte de données : Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail

15. Présence de non-participants Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date Recueil des données
17. Guide d'entretien : Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Entretiens répétés Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Enregistrement audio/visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Seuil de saturation Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Retour des retranscriptions : Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

VIII - SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux(se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME

CONTEXTE : La prévention du suicide est une urgence mondiale. En France, aucun programme de psychoéducation à visée des patients présentant un trouble des conduites suicidaires (TCS) n'existe. Parallèlement, la question de la méthodologie quantitative d'évaluation des principes actifs psychothérapeutiques fait débat.

METHODES : Nous avons mené une étude qualitative , utilisant une analyse thématique inductive et déductive avec approche comparative constante, avec 10 patients ayant suivi le programme de psychoéducation PEPSUI, de 10 sessions hebdomadaires, alliant connaissances scientifiques sur le TCS, et compétences de thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), de thérapie comportementale et dialectique (TCD) et de psychologie positive, et 8 patients ayant suivi un programme de relaxation de 10 sessions hebdomadaires, afin d'évaluer par entretien semi structuré les processus spécifiques et non spécifiques et compétences acquises perçues comme aidantes pour opérer un changement psychique et un impact sur leur vie.

RESULTATS : Des processus non spécifiques ont été aidants dans les deux programmes tels que la formation de l'entité groupale, l'alliance thérapeutique, le cadre du groupe, l'apport de nouvelles connaissances sur les stratégies de soin. Ajoutant à ces processus des compétences de tolérance à la détresse, le groupe relaxation a été décrit aidant par la majorité des patients permettant un impact sur la gestion du stress, néanmoins peu d'impact sur la perception des conduites suicidaires. Dans le groupe PEPSUI, les compétences théoriques scientifiques acquises, et la pleine conscience, l'acceptation, la défusion, l'utilisation de la matrice, la psychologie positive ont permis aux patients : d'avoir une expérience émotionnelle claire, de s'engager dans des comportements dirigés vers un but, de contrôler l'impulsivité, et ainsi de sortir du « mode cognitif suicidant » et pouvoir envisager réduire leurs comportements suicidaires.

CONCLUSION : L'évaluation qualitative du premier programme francophone de psychoéducation sur le suicide, est suggéré aidant par l'apport de connaissances scientifiques et l'acquisition de compétences d'ACT, de psychologie positive et de TCD permettant une régulation émotionnelle efficace et de nouvelles stratégies de réponse comportementale. Il apparait également d'une bonne faisabilité et d'une bonne acceptabilité.

Mots clefs : trouble des conduites suicidaires, psychoéducation, étude qualitative, thérapie d'acceptation et d'engagement.